

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

M23-0023194

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2698 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BOUMZAIRIG hahoucine  
 Date de naissance : 02/07/1953  
 Adresse : Lot Sidi Abderrahmane Rue 29 N°60  
 Tél. : 0633529200 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 6 / 3 / 2024  
 Nom et prénom du malade : AFRIDOU MAJAT Age : 76  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : consultation  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA Le : / /  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



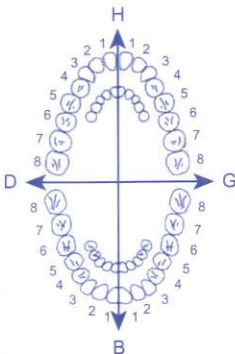
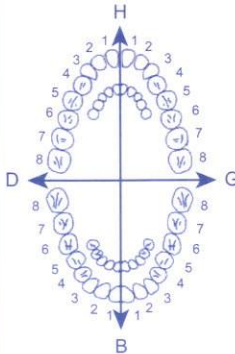
[illegible][illegible][illegible][illegible]

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
	consultation D5			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;">D5.</span>
				MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;">10000</span>
				DEBUT D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;"></span>
				FIN D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;"></span>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>                      25533412    21433552                      00000000    00000000  <b>D</b> ————— <b>G</b>                      00000000    00000000                      35533411    11433553  <b>B</b> </div> </div>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;"></span>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;"></span>
				DATE DU DEVIS <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;"></span>
				DATE DE L'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;"></span>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

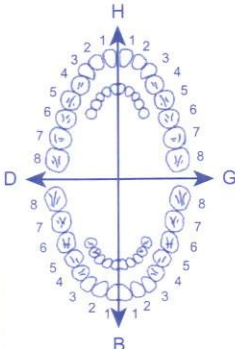
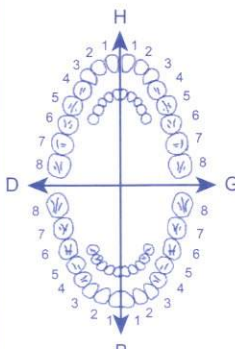
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr: DAZINE - Mohamed**  
**CHIRURGIEN DENTISTE**  
**Bd. Mokhtar Ben. Ahmed**  
**El Garnaoui N° 240 El. Qods**  
**Bernoussi Tél: 73.82.24 Casablanca**

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
					CCEFFICIENT DES TRAVAUX	<div>DS.</div>
					MONTANTS DES SOINS	<div>10000</div>
					DEBUT D'EXECUTION	<div></div>
					FIN D'EXECUTION	<div></div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	<div><div><div>H</div><div><div>25533412</div><div>00000000</div></div><div>D</div><div><div>00000000</div><div>35533411</div></div><div>B</div><div><div>21433552</div><div>00000000</div></div><div>G</div><div><div>00000000</div><div>11433553</div></div></div></div>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX		<div></div>
				MONTANTS DES SOINS		<div></div>
				DATE DU DEVIS		<div></div>
				DATE DE L'EXECUTION		<div></div>
<div>Dr: <b>DAZINE</b> - <b>Mohamed</b> <b>CHIRURGIEN DENTISTE</b> <b>Bd. Mokhtar Ben.Ahmed</b> <b>El Garnebi N° 240 El.Qods</b> <b>Bernoussi Tél: 73.62.24 Casablanca</b></div>					<div>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</div> <div>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</div>	

CHANDLER, J. W. CHANDLER  
ELIZABETH A. CHANDLER  
DR. W. W. CHANDLER  
CHANDLER, W. W. CHANDLER  
DR. W. W. CHANDLER - W. W. CHANDLER

**Dr. DAZINE Mohamed**

*Chirurgien dentiste*

Bd. Mokhtar Ben Ahmed El Garnaoui

N° 240 Hay El Qods Bernoussi - Casa

Tél.: 0522.73.82.24

**الدكتور محمد دازين**

**طبيب جراحي للأسنان**

شارع المختار بن أحمد الكرناوي

رقم 240 حي القدس - البرنوصي

البيضاء - الهاتف: 05.22.73.82.24

Casablanca, le : 6 - 3 - 24

Nom: AFRIDOU MAJAT

- Argentini 18 sochuk

PPV: 118,00 DH

LOT: 653270

PER: 07/25

1 sochuk

2 x 1/3

**Dr. DAZINE - Mohamed**  
**CHIRURGIEN DENTISTE**  
Bd. Mokhtar Ben Ahmed  
El Garnaoui N° 240 El Qods  
Bernoussi Tél: 73.82.24 Casablanca