

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



199410

Déclaration de Maladie

M23- N° 0044121

Acc
☐ Autres

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00512 Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL MOUMI MY ABDELAM

Date de naissance : 01-01-45

Adresse : Hay El Houda Rue 32 N° 32 CABA

Tél. : 0619449632

Total des frais engagés :Dhs

PR4FR05/V2/20-10-2023

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DOCTEUR Tajeddine KABBAJ
Chirurgien Dentiste
7, Rue Ahmed Finaoui, Palmier, Casablanca
Tél : 05 22 25 48 80 - INF : 00169067

Date de consultation : 30/01/2024

Nom et prénom du malade : EL MOUMI ABDESLAM Age:

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : demande d'accord préalable pour CCM

Affection longue durée 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 :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M23- N° 0044121

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

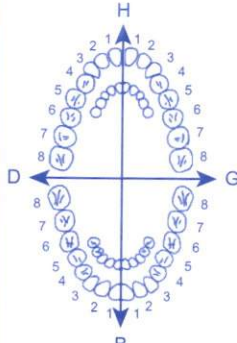

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

[illegible][illegible][illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

1514400

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES													
<p>Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.</p> <p>Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.</p>													
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient										
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100%;" type="text"/>								
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100%;" type="text"/>								
					DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/>								
					FIN D'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/>								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE												
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">H</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25933412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>		H	G	25933412 00000000	21433552 00000000	00000000 35533411	00000000 11433553	B				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100%;" type="text" value="D180"/>
	H	G											
	25933412 00000000	21433552 00000000											
	00000000 35533411	00000000 11433553											
	B												
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100%;" type="text" value="5000 DH"/>								
					DATE DU DEVIS <input style="width: 100%;" type="text" value="30.21.24"/>								
					DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/>								
<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> <p><i>demande d'accord préalable pour couronne céramo métallique sur Implant sur la</i> <i>(16)</i></p>													
<p>DOCTEUR TAJEDDINE KABBAJ Chirurgien Dentiste 7, Rue Ahmed Elmachiri, Palmer, Casablanca Tél: 05 22 25 48 80 - INPE: 094169067</p>					<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p>								
<p>DOCTEUR TAJEDDINE KABBAJ Chirurgien Dentiste 7, Rue Ahmed Elmachiri, Palmer, Casablanca Tél: 05 22 25 48 80 - INPE: 094169067</p>					<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p>								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
7, Rue Ahmed Ennachi, Falmic, Casablanca
Tél: 05 22 25 48 80 - INPE: 094169067

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Hasnaa EL MOUMI

EL MOUMI moulay abdelislam

07/03/2024

15:49:33



P1198 73KV 10mA 10.78s Lin

CS Imaging Software V7, 0, 3, 7

DOCTEUR Tajeddine KABBAJ

Chirurgien Dentiste

Ancien Assistant Universitaire à Paris VII

Ancien Attaché aux Hôpitaux de Paris

Diplôme d'Etude Supérieures de Chirurgie Buccale (Paris VII)

Diplôme Universitaire d'Implantologie Chirurgicale et Prothétique (Paris VII)

Diplôme Inter Universitaire de Pathologie de la Muqueuse Buccale (Paris VI)

Diplôme Inter Universitaire de Carcinologie Buccale (Paris VII)

le: 30/01/2024

EL MOUNI Abdelham

Panoramique Dentaire.

DOCTEUR Tajeddine KABBAJ
Chirurgien Dentiste
7, Rue Ahmed Ennaciri, Palmer, Casablanca
Tél : 05 22 25 48 80 - INPE : 094169067

demande
d'accord

DOCTEUR Taïeddine KABBAJ
Chirurgien Dentiste

7, Rue Abdel Fattah
Tel: 05 1 23 45 67 89

RVG6200



16

