

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 canaux, 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 canaux.

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

M22- 0015310

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0015310

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 :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

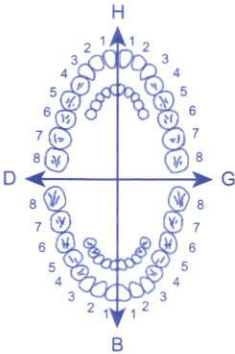
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

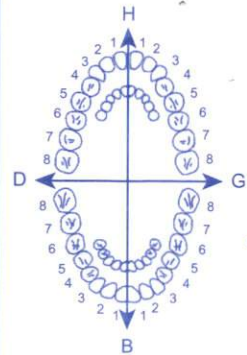
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
	4 7	Ext	D10	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	4 6	Ext	D10	
	4 4	Ext	D10	
	3 6	Ext	D10	
	3 5	Ext	D10	MONTANTS DES SOINS
	3 4	Ext	D10	
	4 2	Ext	D10	
	4 3	n	D15	
	4 1	n	D15	DEBUT D'EXECUTION
	3 1	n	D15	
	3 2	n	D15	FIN D'EXECUTION
	3 3	n	D15	

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	



(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Demande d'aucnd:
5 FM: 33-32-31-41
43 D40x5
6 ccm: 43-33 D12x6
Stellite busenylac:
4x46-45-44-34-35-36-37
D12x + D65

COEFFICIENT DES TRAVAUX	D1465
MONTANTS DES SOINS	29300,00
DATE DU DEVIS	31/10/22
DATE DE L'EXECUTION	13/06/23

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Hicham AFFAR

CHIRURGIEN DENTISTE

Diplômé en Orthodontie de l'Université
de Bourgogne (France)

Diplômé en Implantologie de l'Université
Paul Sabatier (Toulouse)

156, Bd. Oum Errabii 1^{er} Etage - El Oulfa

Tél : 05 22 93 48 38 - Casablanca 20220



الدكتور هشام عفار

طبيب جراح للأسنان

حاصل على دبلوم تقويم الأسنان
من جامعة بورغون بفرنسا

حاصل على دبلوم زراعة الأسنان
من جامعة تولوز

156. شارع أم الربيع الألف - الطابق الأول

الهاتف : 05.22.93.48.38 - الدار البيضاء

Casablanca, le 13/06/2023
Facture Mystras
الدار البيضاء، في

Lamaizgi Mohamed

ice: 0017582900000007

Soins:

47 Ext
46 Ext
44 Ext
36 Ext
35 Ext
34 Ext
42 Ext
41 n
31 n
32 n
33 n

Prothèses:

SFM: 33, 32, 31, 41, 43
D40x5

6ccm: 43 → 33
D18x6

Stellite bas: 47, 46, 45
44, 34, 35, 36, 37
D120x D65

D100 / 2500,00

Montant: 31800,00

Remise: 3180,00

TOTAL: 28620,00

D1465 / 29 300,00

Signature adhérent

Cochet et Signature du médecin
Dr. Hicham AFFAR
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste
156, Bd. Oum Errabii El Oulfa
Casablanca - Tél: 05 22 93 48 38

N° Dossier: 135940
N° Dossier externe: PEC-6427-03/11/2022
Type de dossier: DENTAIRE
Bénéficiaire: LAMAIZI MOHAMMED
Situation: Notifié
Sous-situation: ---
Date de début: 03-11-2022
Date de fin:
Date de saisie: 03-11-2022
Événement:

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants [↕]

Date	Type	Commentaire
07-11-2022	Manuel	ACC D100 + D 1465 BIO 43,41 31 32 33 ET EXT 47 46 +44 42 +34 35 36 ET BCM 33 A 43 AVEC 5 IC 33 32 31 41 43 ET STEL INF 8 DENTS 44 A 47 ET 34 A 37 S/R RX APRES DR AFFAR

Docteur Hicham AFFAR

CHIRURGIEN DENTISTE

Diplôme de la faculté de médecine dentaire de
Casablanca

Diplôme en Orthodontie de l'Université de
Bourgogne(France)

Diplôme en Implantologie de l'Université Paul
Sabatier (Toulouse)



الدكتور هشام عفار

طبيب جراح للأسنان

خريج كلية طب الأسنان بالدار البيضاء

حاصل على دبلوم تقويم الأسنان من جامعة بوركين بفرنسا

حاصل على دبلوم زراعة الأسنان من جامعة تولوز

ORDONNANCE

Casablanca, le 02/11/2022

Mr. MOHAMMED LAMAIZI

AXIMYCINE 1 G

3CP 1H AVANT L'EXTRACTION

Dr. Hicham AFFAR
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste
156, Bd. Oum Errabii El Oulfa
Casablanca - Tél : 05 22 93 48 38

ME 6487
LAMAIZI
Mohammed

Le 03/11/2022

Declaration sur l'honneur.

J'ai en ma demande de prise
en charge que je n'ai pas utilisé
pièce de l'année et de la remplacer
par la nouvelle avec le même dentiste.

Salutations,

Signature:



Le 8 novembre 2022

DR. AFFAR HICHAM
156 BD OUM RABII
CASA, 20000
MAROC

Objet : PRISE EN CHARGE PARTIELLE
Identifiant adhérent : 06427_1963-09-18_MOHAMMED
N/REF : 20223120018358
Adhérent : LAMAIZI MOHAMMED

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de MOHAMMED LAMAIZI.

Nous vous prions de noter que le restant à charge à régler directement par l'adhérent et que cette prise en charge est valable à concurrence de :

- Part Mutuelle : 28620.00 MAD
- Restant à charge adhérent : 3180.00 MAD

Validité de prise en charge : du 08-11-2022 au 08-02-2023.

Pour le règlement de votre facture, nous vous prions de bien vouloir l'adresser jointe au double de la présente à la MUPRAS :

Centre d'affaire Allal Benabdellah. 49, Angle Rue Allal Benabdellah et Rue Mohammed Fakir 6ème Etage. Casablanca.

Nous vous remercions d'avance pour l'aide et l'assistance que vous apporterez à MOHAMMED LAMAIZI.

Veuillez agréer, Messieurs, l'assurance de nos sincères salutations.

Directeur MUPRAS

CONDITIONS ET MODALITÉS :

Le règlement des factures relatives aux prises en charge est soumis aux conditions suivantes :

- La facture doit être nominative et conforme aux informations indiquées sur la prise en charge.
- Toute facture doit être accompagnée :
 - ✓ D'une copie de la présente prise en charge,
 - ✓ Des notes d'honoraires des praticiens,
 - ✓ Du compte rendu et des justificatifs des actes pratiqués,
 - ✓ Du détail de la pharmacie, radiologie et biologie (sous pli fermé).
- Toute facture doit être obligatoirement signée par notre adhérent.
- Toute facture doit comporter l'IF, l'ICE et le RIB (24 chiffres) du prestataire.