

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

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## iologie 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.

## que :

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

## ducation :

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.

## taire :

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.

## adie 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

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**  
**Nº P19- 0035856**

Maladie

Dentaire

6436

Optique

CA

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 81H1

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL MABROUK

TACOUFI

Date de naissance :

14-09-72

Adresse : RESIDENCE ALMAHDA Ben el hdi

Tél. : 0650677213

Total des frais engagés :

47004

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur BENMOUSSA Ali  
Chirurgien Dentiste  
Angle Bd Abdelmoumen et Rue  
Abou Marouane Abdelmaek  
Tél: 05 22 86 22 06 / 86 31 90 - Casa

28 OCT. 2019

Cachet du médecin :

Date de consultation :

01/10/2019

Nom et prénom du malade : LAANRI AICHA Age:

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

Doulouxe dentaire

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 : CASA

Le : 28/10/2019

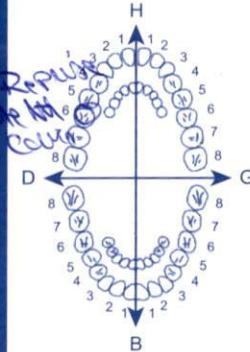
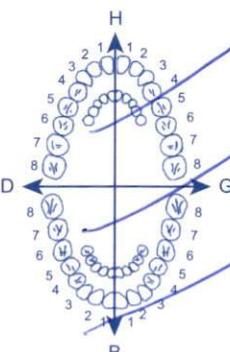
Signature de l'adhérent(e) :

# RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

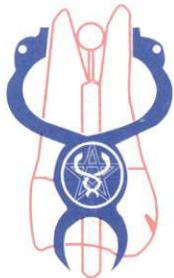
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient							
	<span style="font-size: 2em; color: blue;">(16)</span> <b>Reprise D<sub>35</sub></b> <i>détaillement Canalaire</i>	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">D<sub>35</sub></span>								
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>  <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: right; padding: 2px;">25533412</td> <td style="text-align: left; padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding: 2px;">00000000</td> <td style="text-align: left; padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding: 2px;">00000000</td> <td style="text-align: left; padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding: 2px;">35533411</td> <td style="text-align: left; padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table> <span style="color: blue;">(Création, remont, adjonction)</span> <small>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</small>	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	<b>MONTANTS DES SOINS</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">FOODIP</span>
25533412	21433552									
00000000	00000000									
00000000	00000000									
35533411	11433553									
		<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">20/09/19</span>								
		<b>FIN D'EXECUTION</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">01/10/19</span>								
		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"></span>								
		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"></span>								
		<b>DATE DU DEVIS</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"></span>								
		<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"></span>								
<b>Docteur BENMOUSSA Ali</b> <b>Chirurgien Dentiste</b> <i>Angle Bd Abdelmoumen et Rue</i> <i>Abou Marouane Abdelmalek</i> <i>Tél: 05.22.86.22.06 / 86.31.90 - Casa</i>										
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>										
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>										
<i>Abou Marouane Abdelmalek</i> <i>Tél: 05.22.86.22.06 / 86.31.90 - Casa</i>										

ALI BENMOUSSA

Docteur en médecine dentaire

Spécialiste en orthodontie

Spécialiste en implantologie



علي بنموسى

دكتور في طب الأسنان

اختصاصي في زرع الأسنان

اختصاصي في تقويم اعوجاج الأسنان

خريج جامعة بوردو II

الدار البيضاء ، في

Diplôme de l'université de Bordeaux II

Casablanca, le ٥١١٢٠١٩

Fee line

Melarri Alcha

Reprise de traitement orthodontique (16)

₦ 35 → 700 DH.

Année la première facture à la demande  
Septembre

Docteur BENMOUSSA Ali  
Chirurgien Dentiste  
Angle Bd Abdelmoumen et Rue  
Abou Marouane Abdelmalek  
Tél: 05.22.86.22.06 / 86.31.90 - Casa

زاوية شارع عبد المؤمن أبو مروان عبد المالك - حي المستشفيات إقامة هشام الطابق الأول - الدار البيضاء

Angle Bd. Abdelmoumen et Rue Abou Marouane Abdelmalek - Quartier des Hôpitaux Résidence Hicham 1er Etage  
Casablanca - Tél.: 0522 86 22 06 / 05 22 86 31 90  
الهاتف:

ICE : 001794342000095 - IF : 42040665 - CNSS : 2154574 - INPE : 094011467

Docteur BENMOUSSA Ali  
Chirurgien Dentiste  
Angle Bd Abdellmalek  
Abou Marouane  
Tél: 05.22.86.22.06 / 86.31.90 - Casablanca



Docteur BENMOUSSA Ali  
Chirurgien Dentiste  
Angle Bd Abou Moustapha et Rue  
Abou Maouane 16  
Tel: 05.22.86.22.05 / 05.31.90 - Casa

