

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Diologie 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



ND= 16741  
Sms Ro  
07/11/19  
Acc R/M

## Déclaration de Maladie : N° P19-0009179

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

7661

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6993

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Souhail Lahcen

Date de naissance : 1958

Adresse : WATA 1, M72 AL WIAM DELTA CAM

Tél : 0668982711 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/11/2019

Nom et prénom du malade : Souhail Lahcen

Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : Soins et Prothèse 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 : CAM

Le : 05/11/19

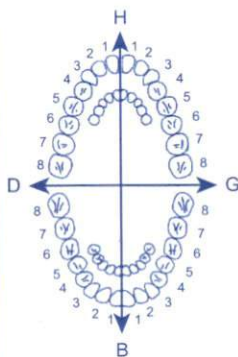
Signature de l'adhérent(e) :

# 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 capalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
	1 5	π	D15	<b>Coefficient DES TRAVAUX</b> <div>D15</div>																					
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <div>262,5</div>																					
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <div></div>																					
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <div></div>																					
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU Cœfficient MASTICATOIRE</b>			<b>Coefficient DES TRAVAUX</b> <div>D220</div>																					
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <th>D</th> <th></th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> <th></th> </tr> </tbody> </table>			H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			<b>MONTANTS DES SOINS</b> <div>2450,00</div>
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>DATE DU DEVIS</b> <div>1/11/19</div>																					
Demande d'accord. AFM: 15 D40			<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <div></div>																						
Accm: 15 D180																									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS  
 Dr. NICHAM AFFAR  
 15, Bd Oum Errabi El Oula  
 Casa: Tel 05 22 93 48 38

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<sup>er</sup> Etage - El Oulfa

Tél : 05 22 93 48 38 - Casablanca 20220



# الدكتور هشام عفار

طبيب جراح للأسنان

حاصل على دبلوم تقويم الأسنان

من جامعة بوركينا فاسو

حاصل على دبلوم زراعة الأسنان

من جامعة تولوز

156, شارع أم الربيع الألفة - الطابق الأول

الهاتف : 05.22.93.48.38 - الدار البيضاء

facture n° 100000007

Casablanca, le 03/01/2020 في الدار البيضاء

Souheil Omar

ice: 001458290000007

Soins :

15 n D15

Prothèse :

Am 15 D40

CCM 15 D180

2750,00

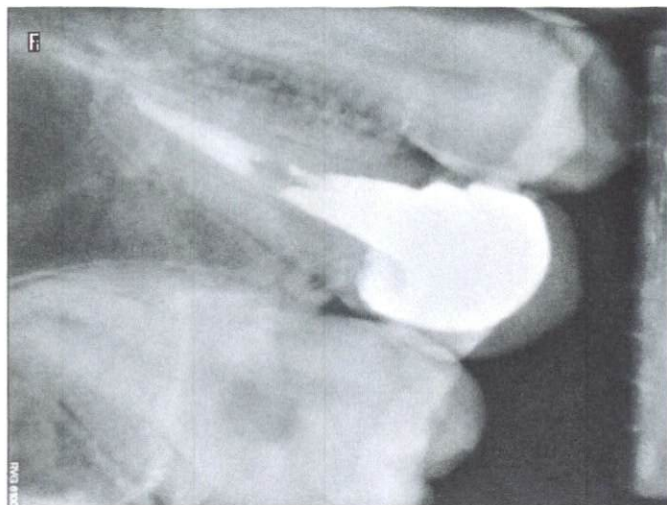
262,50

Montant : 3012,50

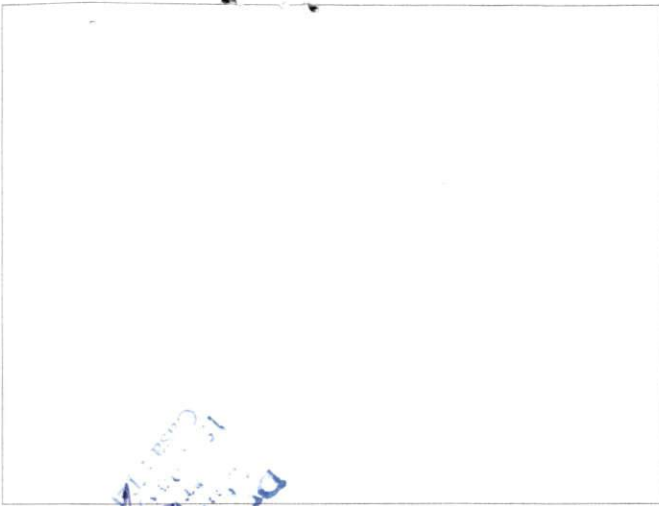
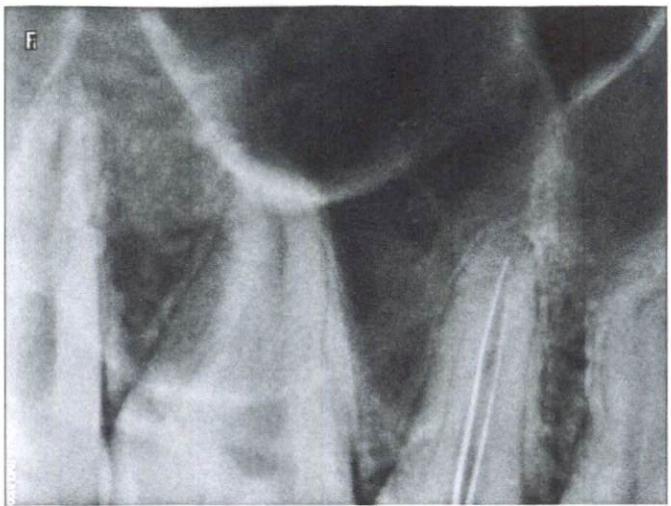
Remise : 250,00

TOTAL : 2762,50

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



Dr. Hicham AFFAR  
Chirurgien Dentiste  
Bd. El Ghazal  
Bordj Boudjer  
Tél : 05 22 93 48 33



*Dr. Hicham AFFAR*  
*Chirurgien Dentiste*  
*15, rue de la République 51000*  
*Châlons-en-Champagne*  
*03 26 48 48 38*

