

# 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'attente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontologie orthodontique, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en soins.
- 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 radiés 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'attente 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 canalaire, 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-prise soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

## 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

- Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [plecf@mupras.com](mailto:plecf@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 08-06 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Médical Ben Abdallah - Centre Elmag Argaie Rue Mohamed Faïd et Rue Abu Ben Abdallah - Quartier de l'Indépendance 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (J24) - Fax : 05 22 20 75 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

W21-846903

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (a)

Matricule : 19878 Société : 199352

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : TOUMI HAKIM

Date de naissance : 13/03/1989

Adresse : \_\_\_\_\_

Tel : 06 44 13 11 28 Total des frais engagés : \_\_\_\_\_

Autosoumission CNDP N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : \_\_\_\_\_

Date de consultation : \_\_\_\_\_

Nom et prénom du malade : \_\_\_\_\_

Liens de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Pathologie dentaire

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 : 13/03/2024

Signature de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_

## VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie W21-846903

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

Coupons à conserver par l'adhérent(e)

Matricule : \_\_\_\_\_

Nom de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_

Total des frais engagés : \_\_\_\_\_

Date de dépôt : \_\_\_\_\_

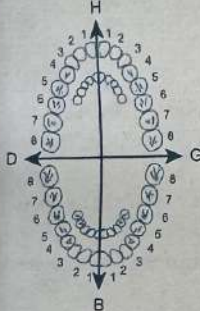
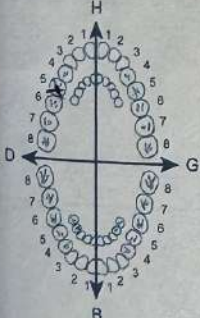
icin  
tes

lé  
s

1

**Important :**  
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

**Important :**  
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement parodontal.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	
					COEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	<div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412    21433552            00000000    00000000  <hr/>           00000000    00000000    <b>G</b>            35533411    11433553  <b>B</b> </div>				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				MONTANTS DES SOINS
					DATE DU DEVIS
	Couronne				DATE DE L'EXECUTION
	Couronne				
	Cronodique				
	Sun Laidle 9013 75-14-76				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





**CASA  
CITY  
SMILE**  
DENTAL CLINIC

Casablanca, le 18/03/2024

*Compte rendu radiologique*

Nom : TOUMI

Prénom : Hakim

Date de Naissance : 13/09/1989 → Age : 34 ans et 6 mois



Signature of Dr. Elhad Elhad  
Circular stamp: Elhad Elhad, Casa City Smile Dental Clinic, 20 Rue Ifrane, Casablanca 20210, Maroc, 05 22 36 30 95, Médecin Dentiste

+212 (5) 22 36 30 95 / +212(5) 22 36 09 04 +212(6) 61 18 80 18 elhad@casacitysmile.

www.casacitysmile.com 20 Rue Ifrane, Cil 20 210 - Casablanca