

## 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 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



## Déclaration de Maladie

N° W21-706292

151986

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	LALI	Société :	RATL
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MOULIM ZOHRAB			
Date de naissance : 15-01-1955			
Adresse : 14261 LOT EL WAFA DBROUA			
Tél. : 06 61 96 62 88 Total des frais engagés : _____ Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Bassam BOUZID Chirurgien Dentiste Orthodontiste 22, Bd El Qods, Rés JET CENTER Etage, Sur 21 - Casablanca Tél: 0522 87 47 38 Email: bassel.hama7@gmail.com			
Date de consultation :	06/03/23	Age: 68	
Nom et prénom du malade : MOULIM ZOHRAB			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Rachis			
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 ADHÉRENT			
Déclaration de maladie	N° W21-706292	Matricule :	_____
Remplissez ce volet, découpez le et conservez-le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.			
Nom de l'adhérent(e) : _____			
Total des frais engagés : _____			
Coupon à conserver par l'adhérent(e).			
Date de dépôt : _____			

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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.

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est tenu 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## **DETERMINATION DU COEFFICIENT**

MASTICATOIRE  
25533412 25533411

[Création, remont, adjonction]  
anctennal, Thérapeutique, nécessaire à la profession

EC : 35 : DBO  
bridge Rincon  
35 - 36 - 37  
3 x 2 = 6

**Dr H. BENZI**  
VISA EN SACHERON D'ABORD AVANT LE DEVIS  
**Chirurgien Dentiste**  
**Orthodontiste**  
32 Bd El Qods, REF JEV CENTER  
4e Etage, Bure/21 - Casablanca  
Tél: 0522 22 47 35  
Email: hbenzi.ben@yahoo.fr

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

**DATE DE**

Dr. Hanane BOUZID

Chirurgien dentiste

Diplômée de la Faculté  
de médecine dentaire Paris VI

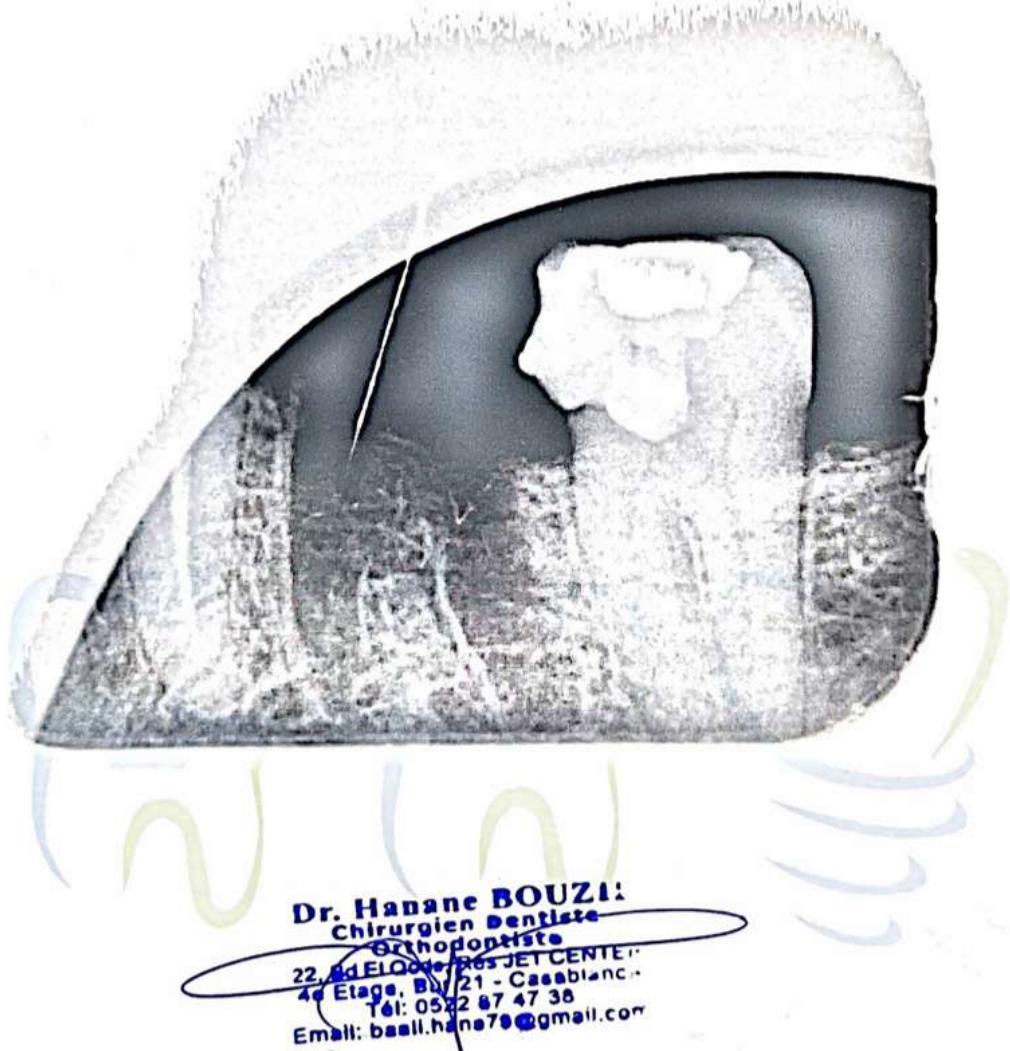


الدكتورة حنان بوزيد

طبيبة جراحة للأسنان

خريجة كلية طب الأسنان بباريس VI

Mme MOULIM ZOHRA s



Dr. Hanane BOUZID  
Chirurgien Dentiste  
Orthodontiste  
22 Bd EL Qods N°21 - JET CENTER  
4<sup>e</sup> Etage, Bât 21 - Casablanca  
Tél: 0522 87 47 38  
Email: baali.hana79@gmail.com

22, Lotissement Assakane Al Anik Bd El Qods, Résidence Jet Center, 4<sup>ème</sup> étage , Bureau N° 21 - Casablanca  
Tél.: 0522 87 47 38 / 0687 43 05 76 - E.mail: baali.hana79@gmail.com

Patente: 34006231 - IF: 40283562 - ICE: 001634630000087 - INPE: 094172210