

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

- Reclamation : 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 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-578501

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

175276

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **11463**

Matricule : **11463** Société : **DZALAIR MAROC**

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **DABI KAMAL**

Date de naissance : **14-07-1975**

Adresse : **LAYMI 2 Bd A-ELKHATIS 23119 app. 18 2e Etage**

Tél. : **06 71 86 475** Total des frais engagés : **3500,00** Dhs

Cadre réservé au Médecin : **Dr. SALAH EDDINE JELLOU**

Cachet du médecin : **Chirurgien Dentiste**
40 Bd Abderrahim Bourdoid 2ème Etage
(Place Collège Ibn Khaldoun) Lot 1 et 2
Casablanca - Tél. : 0522 32 63 07

Date de consultation : **14/06/2023** Age : **47**

Nom et prénom du malade : **Dabi Mohammed** ☐ Conjoint ☒ Enfant

Lien de parenté : **000**

Nature de la maladie : **000**

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 : **11463** Le : **14/06/2023**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-578501

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 : **11463**
Nom de l'adhérent(e) : **DABI KAMAL**
Total des frais engagés : **3500,00**
Date de dépôt : **14/06/2023**

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

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

[illegible][illegible][illegible][illegible]

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES
DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES
DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

COEFFICIENT
DES TRAVAUX
 $\alpha = 30$

COEFFICIENT
DES TRAVAUX
 $\alpha = 30$

DES SOUS-DEPARTS

DES SOUS-DEPARTS

4/10/25

4/10/25

DATE DE
L'EXECUTION

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Salah-eddine JELLOUL

Chirurgien Dentiste

Soins - Chirurgie
Prothèse - Radios

Orthodontie



د. صلاح الدين جلول

طبيب جراحي للأسنان

علاج - جراحة

تعويض - أشعة

تقويم

Berrechid Le : 11/09/23

NR: Dah bi Mohammed

Dev's

Bilan orthodontique du 1^{er}
semestre

D = 90 ; N #3500,00 A

Dr. SALAH-EDDINE JELLOUL
Chirurgien Dentiste
40, Bd Abderrahim Bouabid 2ème Etage
(Près Collège Ibn Khaldoune) Lot. Tissir 2
Berrechid - Tél. 05 22 32 63 07

40, Bd. Abderrahim Bouabid - 2ème Etage - (Près Collège Ibn Khaldoune) - Lot. Tissir 2 - Berrechid
40, شارع عبد الرحيم بوعبيد - الطابق الثاني - قرب إعدادية ابن خلدون - تجزئة تيسير 2 - برشيد

الهاتف : 05 22 32 63 07

Dr. Salah-eddine JELLOUL

Chirurgien Dentiste

Soins - Chirurgie
Prothèse - Radios

Orthodontie



د. صلاح الدين جلول

طبيب جراحي للأسنان

علاج - جراحة

تعويض - أشعة

تقويم

Berrechid Le : 11/09/23

NR: Dahbi Mohamed

* I.F = 92983749

* I.C.E = 001701077000033

* I.N.P.E = 064163827

* TEL = 0522326307

Dr. SALAH-EDDINE JELLOUL
Chirurgien Dentiste
40, Bd Abderrahim Bouabid 2ème Etage
(Près Collège Ibn Khaldoune) Lot. Tissir 2
Berrechid - Tél. 0522 32 63 07

40, Bd. Abderrahim Bouabid - 2ème Etage - (Près Collège Ibn Khaldoune) - Lot. Tissir 2 - Berrechid
40, شارع عبد الرحيم بوعبيد - الطابق الثاني - قرب إعدادية ابن خلدون - تجزئة تيسير 2 - برشيد

الهاتف : 05 22 32 63 07