

## 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, parodontologie 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 canaux, 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 canaux.

### 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 - Bâse Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Hortage Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LJ) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie N° P19-0025944

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1409

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MHAMDI MUSTAPHA

Date de naissance : 01/10/1951

Adresse : Habituelle

Tél : 06 7064 2260

Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/10/2023

Nom et prénom du malade : MHAMDI MUSTAPHA

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : 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 : CASABLANCA

Le : 21/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-025944

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 : 1409

Nom de l'adhérent(e) : MHAMDI

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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

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

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important : *Devis pour prise en charge*

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient			
					CCEP DES		
					MONTANT DES SOINS		
					DEB D'EX		
					FIN D'EXECUTION		
		D.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		CCEFFICIENT DES TRAVAUX	D1080
				H 25533412      21433552 00000000      00000000 D                      G 00000000      00000000 35934111      11433553 B		MONTANTS DES SOINS	16.200,00 M
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS	21/10/23		
		- Bridge cm 2 Elts 13-14 D 360 - Bridge cm 2 Elts 21-22 D 360 D 540 - Voleplast du haut de 7 Elts D 180 Total = D 1080		DATE DE L'EXECUTION			

Spécialiste en Implantologie et Orthodontie  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris (France)  
20, rue Zerkowksi Ang 6 - 2ème Etage - Casablanca  
Tél : 0539 20 42 50 / 23381 - Fax : 0539 20 42 50

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

N° B48133 رقم

Valable jusqu'au 04.08.2030 صالحة الى غاية

ابن عبد القادر بن الجيلالي  
و ازهور بنت الرئيس

Fils de ABDELKADER ben JILALI  
et de ZHOR bent RAIS

العنوان 5 زنقة القاضي اياس المعاريف الدار البيضاء

Adresse 5 RUE CADI IYASS MAARIF CASABLANCA

N° état civil

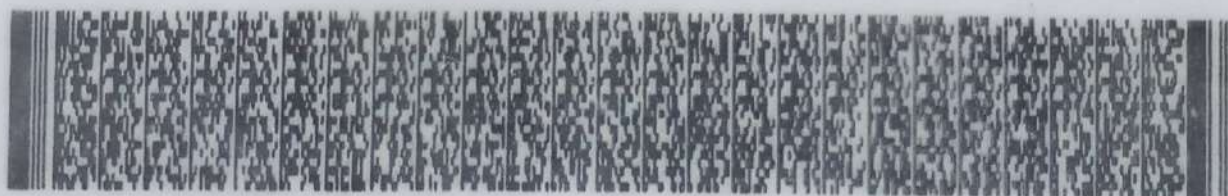
30/1951

رقم الحالة المدنية

Sexe

M

الجنس





ROYAUME DU MAROC  
CARTE NATIONALE D'IDENTITE

المملكة المغربية  
البطاقة الوطنية للتعريف

MUSTAPHA

MYAMDI

Né le

01.01.1951

à MOULAY DRISS ZERHOUN MEKNES

Valable jusqu'au

04.08.2030

المدير العام للأمن الوطني

عبد اللطيف حموشي

المصطفى

محمد

مزداد تارنك

ب مولاي دريس زرهون مكناس

صالحة الى غاية



M  
M

B48133

MA