

## 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 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

- 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'Horiège Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-817297

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique **151331** ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **11460** Société :  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : **Id-PEC**  
 Nom & Prénom : **KANBOU NABIL**  
 Date de naissance : **12-03-1975**  
 Adresse : **N°58, Rue 3, Qier YOUSRA, DULFA, CASA**  
 Tél. : **0661052135** Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. Bouchra ABBASSI**  
 Médecin Dentiste  
 Spécialiste en Parodontologie  
 et Implantologie  
 Le Louvre Center, 17 rue Bachir Laâla  
 5ème étage, N° 28 Casablanca  
 Tél: 0522 38 97 01 - 0522 98 97 06

Date de consultation : /  
 Nom et prénom du malade : **Annie Hasnaoui** Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : **Sans 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 : **CASA** Le : **07/11/2023**

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-817297

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 :  
 Nom de l'adhérent(e) :  
 Total des frais engagés :  
 Date de dépôt :

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

VOLET ADHÉRENT

[illegible]

SOINS DENTAIRES		Dents				Traitements				Nature des Soins				Coefficient			
<div> <div>INP : 0914 04369</div> <div>Quartier</div> <div>3600.00</div> <div></div> <div></div> </div>						<p>avec X-ray de l'arc</p> <p>avec X-ray de l'arc</p> <p>37 et 47</p> <p>Augmentation</p>				<p>DES TRAVAUX</p> <p>MONTANTS</p> <p>DEBUT</p> <p>FIN</p>							

Important:

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

**DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE**

25533412 00000000 21433552	00000000 00000000 00000000
<b>H</b>	
00000000 00000000 11433553	00000000 00000000 00000000
<b>B</b>	

**[Création, remont, adjonction]**

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

**DES TRAVAUX**

**CCEFFICIENT**

**DES MONTANTS**

**DES SOINS**

**DATE DU**

**DEVIS**

**DATE DE**

**L'EXECUTION**

**DR Bouchra ABBASSI**

**Medecin Dentiste**

**Orthodontologie**



**O.D.F**

**PROTHESES DENTAIRES**

<div>DES TRAVAUX</div> <div>DES MONTANTS</div> <div>DES SOINS</div> <div>DATE DU</div> <div>DEVIS</div> <div>DATE DE</div> <div>L'EXECUTION</div>	<div>25533412</div> <div>21433552</div>		<div>00000000</div> <div>00000000</div>		<div> <div> <div> <div> <div>1</div> <div>2</div> <div>3</div> <div>4</div> <div>5</div> <div>6</div> <div>7</div> <div>8</div> </div> <div> <div>9</div> <div>10</div> <div>11</div> <div>12</div> </div> </div> <div> <div> <div>1</div> <div>2</div> <div>3</div> <div>4</div> <div>5</div> <div>6</div> <div>7</div> <div>8</div> </div> <div> <div>9</div> <div>10</div> <div>11</div> <div>12</div> </div> </div> </div> </div>
	<div> <div> <div> <div> <div>1</div> <div>2</div> <div>3</div> <div>4</div> <div>5</div> <div>6</div> <div>7</div> <div>8</div> </div> <div> <div>9</div> <div>10</div> <div>11</div> <div>12</div> </div> </div> <div> <div> <div>1</div> <div>2</div> <div>3</div> <div>4</div> <div>5</div> <div>6</div> <div>7</div> <div>8</div> </div> <div> <div>9</div> <div>10</div> <div>11</div> <div>12</div> </div> </div> </div> </div>				
	<div> <div> <div> <div> <div>1</div> <div>2</div> <div>3</div> <div>4</div> <div>5</div> <div>6</div> <div>7</div> <div>8</div> </div> <div> <div>9</div> <div>10</div> <div>11</div> <div>12</div> </div> </div> <div> <div> <div>1</div> <div>2</div> <div>3</div> <div>4</div> <div>5</div> <div>6</div> <div>7</div> <div>8</div> </div> <div> <div>9</div> <div>10</div> <div>11</div> <div>12</div> </div> </div> </div> </div>				
	<div> <div> <div> <div> <div>1</div> <div>2</div> <div>3</div> <div>4</div> <div>5</div> <div>6</div> <div>7</div> <div>8</div> </div> <div> <div>9</div> <div>10</div> <div>11</div> <div>12</div> </div> </div> <div> <div> <div>1</div> <div>2</div> <div>3</div> <div>4</div> <div>5</div> <div>6</div> <div>7</div> <div>8</div> </div> <div> <div>9</div> <div>10</div> <div>11</div> <div>12</div> </div> </div> </div> </div>				
	<div> <div> <div> <div> <div>1</div> <div>2</div> <div>3</div> <div>4</div> <div>5</div> <div>6</div> <div>7</div> <div>8</div> </div> <div> <div>9</div> <div>10</div> <div>11</div> <div>12</div> </div> </div> <div> <div> <div>1</div> <div>2</div> <div>3</div> <div>4</div> <div>5</div> <div>6</div> <div>7</div> <div>8</div> </div> <div> <div>9</div> <div>10</div> <div>11</div> <div>12</div> </div> </div> </div> </div>				

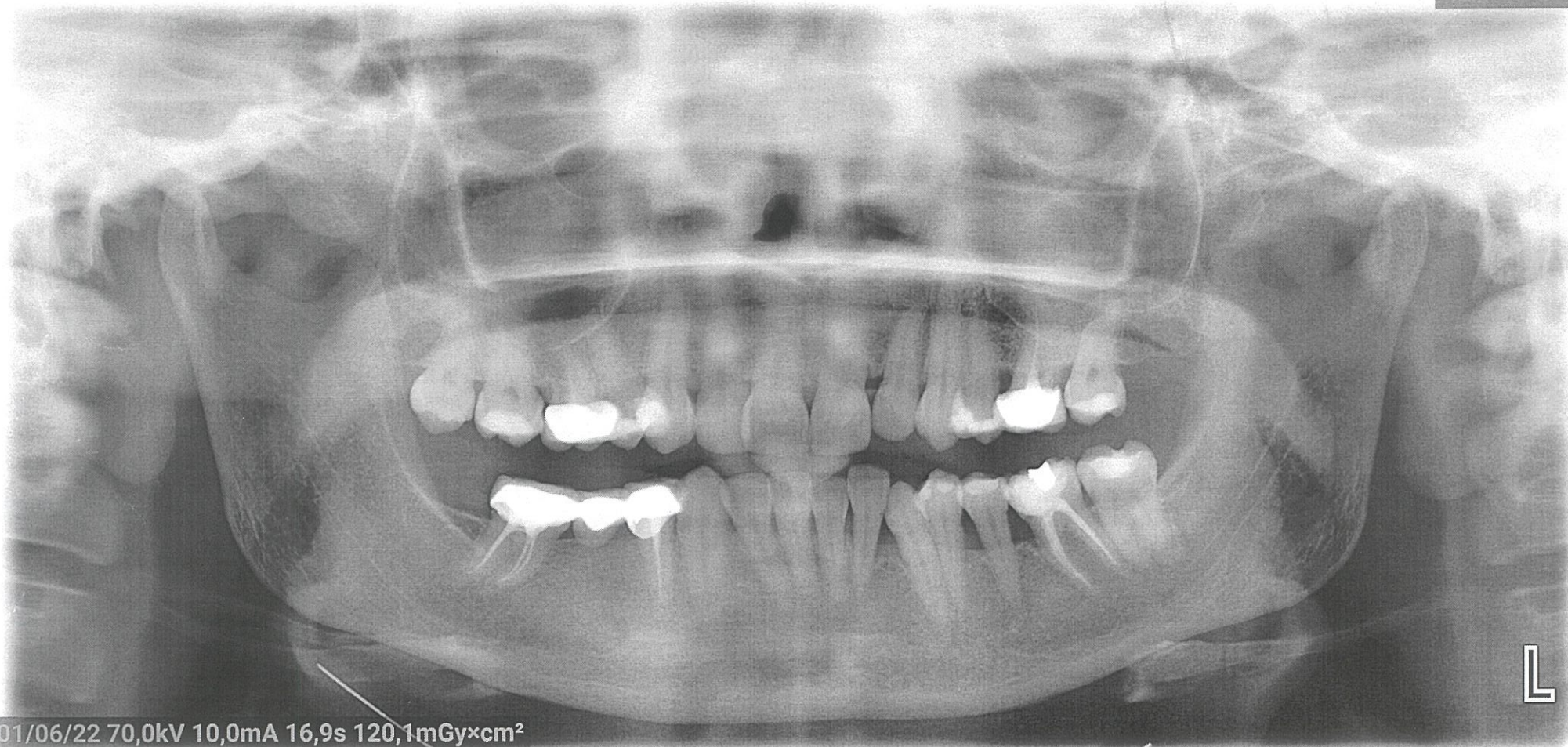
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

USA ET CASHIER DU PAYSAN ET DE LA VIE  
Médical Dentiste  
Dr. Bouchard  
151-0522 98 97 0 - (514) 222-98 97 06  
a Louisa Lamer, No 48 (514) 222-98 97 06  
et 151-0522 98 97 06 (514) 222-98 97 06

Amine Hasnaa  
ID 51622  
DOB 10/08/80

**Jr. Bouchra ABBASSI**  
Médecin Dentiste  
Spécialiste en Parodontologie  
et Implantologie  
« Louvre Center, 17 rue Bachir Laâlaï  
Bémélague, 4° 28 - Casablanca  
T: 0524 98 97 01 - 0522 98 97 06

Scale: 114%



01/06/22 70,0kV 10,0mA 16,9s 120,1mGy×cm<sup>2</sup>

L

N° Dossier:

151331

N° Dossier externe:

PEC-11460/01/03/23

Type de dossier:

DENTAIRE

Bénéficiaire:

AMINE HASNAA

Situation:

Notifié

Sous-situation:

---

Date de début:

01-03-2023

Date de fin:

Date de saisie:

01-03-2023

Événement:

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants [ + ]

Date	Type	Commentaire
03-03-2023	Manuel	ACC D 40 APROFONDISSEMT DU VESTIBULE PAR GREFFE S/R RX APRES