

## 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.
- 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 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 une fois par an.

### 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 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

W21-833935

*Prise en charge*

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **05102** Société : **RAM**  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : **188386**  
 Nom & Prénom : **EL KHAZRAJI MOHAMMED**  
 Date de naissance : **02/02/1954**  
 Adresse : **29, Rue EL KOUTOUBA - MASMOUNA - TARGA - MARRAKECH**  
 Tél. : **0661878316** Total des frais engagés : **18000,00** Dhs

Cadre réservé au Médecin

**Dr. NADII HABTI EL IDRISSI**  
**Docteur en Chirurgie Dentaire**  
 Route de Targa en face du lycée Victor Hugo  
 Résidence Guéliz A - Marrakech - Tél. : 05 24 43 19 52  
 INPE : 74021536 - ICE : 001715083000074  
 IF : 68904440 - CNSS : 2634930 - PAT : 45104772  
 Cachet du médecin :  
 Date de consultation : **26/12/2023**  
 Nom et prénom du malade : **EL KHAZRAJI MOHAMMED** Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : **Prothèse 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 : Le : **27/12/2023**  
 Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

W21-833935

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 : **05102**  
 Nom de l'adhérent(e) : **EL KHAZRAJI**  
 Total des frais engagés :  
 Date de dépôt :



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

[illegible]

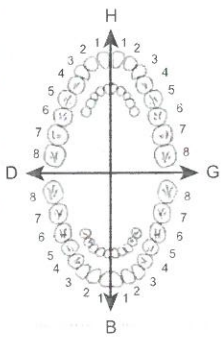
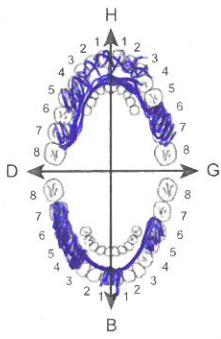
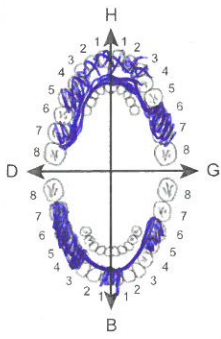
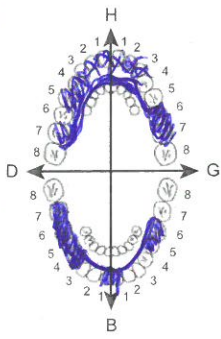
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	Coefficient DES TRAVAUX
					
<b>Q.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>				<b>Coefficient DES TRAVAUX</b>
					<b>Montants DES SOINS</b>
					<b>DEBUT D'EXECUTION</b>
					<b>FIN D'EXECUTION</b>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				<b>Coefficient DES TRAVAUX</b>
	<b>Montant des Honoraires</b>				<b>Montants DES SOINS</b>
	création de cinq c.c.a.m. l.s. 12-17-21-22-23 2 stellites sup et inf stellite sup 13-14-15 17 stellite inf 44-45-46-47-48-49				<b>DATE DU DEVIS</b>
					<b>DATE DE L'EXECUTION</b>

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Route de Targa en face du lycée Victor Hugo  
 Résidence Guélliz A - Marrakech - Tél. : 05 24 43 19 52  
 INPE : 74021536 - N°E : 001715083000074  
 IF : 68904440 - CNSS : 2634930 - PAT : 45104772

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

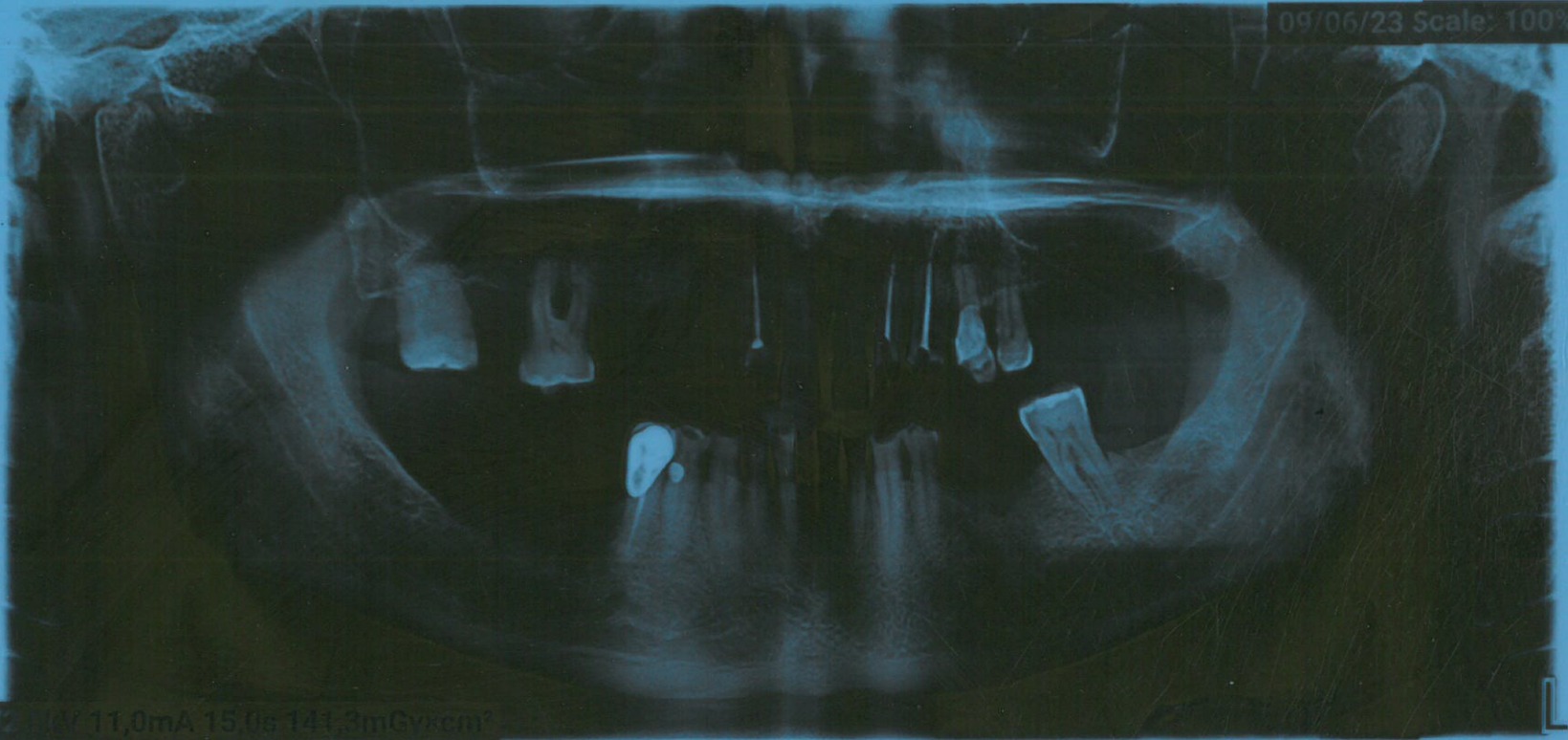
Route de Targa en face du lycée Victor Hugo  
Résidence Guéllé A - Marignac - Tél. : 05 24 43 19 52  
INPE : 74021536 - IE : 001715083000074  
IF : 68904440 - CNSS : 2634930 - PAT : 45104772



EL KHAZRAJI MOHAMED

ID 36534

DOB 02/07/54



09/06/23 Scale: 100%

72 kVp 11,0mA 15,0s 141,3mGy/cm²

Cabinet D'Orthodontie Exclusive  
Dr. DAMI Khalid

- Docteur d'état en médecine dentaire
- Spécialiste qualifié en Orthodontie et Orthopédie Dento-Faciale, diplômé des Universités de Paris
- Ex. praticien des hôpitaux de Paris
- Diplôme Universitaire d'Orthodontie Linguale - Paris V
- Certificat des études supérieures d'Orthodontie et Orthopédie Dento-Faciale - Paris V
- Diplôme Universitaire des troubles fonctionnels Oro-Faciaux - Paris V
- Diplôme Universitaire de radiologie Maxillo-Faciale
- Membre du collège national français d'Occlusodontie
- Membre de la fondation internationale de recherches orthodontiques ( Etats Unis)

**Compte rendu de la Radio Panoramique**

**Examen** : Radio panoramique dentaire réalisée en technique numérisée,

**Cher consœur,**

Je vous remercie de m'avoir envoyé ; **Mr. EL KHAZRAJI MOHAMED**, Pour une radio panoramique.

■ L'os de support dentaire présente des lyses osseuses généralisées. La 31 et 41 sont très affectées.

■ Notez le délabrement et l'état de racines de la 12, 22 et 23.

■ Abrasions dentaires multiples sur la 11, 21, 25 et les dents présentes en bas.

■ ATM de morphologie normale.

Je reste à votre disposition pour toute suggestion ou complément d'information et vous prie d'agréer mes sentiments les plus respectueux.

**Dr. Khalid DAMI**  
Chirurgien Dentiste  
Spécialiste en Orthodontie et Orthopédie Dento-Faciale  
Résidence en Océan Atlantique  
Tél : 05 24 42 17 56 / 05 40 05 43 34 - Fax : 05 24 42 17 56



le 26/12/2013

Suite au décès du mari, de la  
densité, qui aurait été, ne prendre  
pour la prise en charge n° W 24-803657  
pour les soins prévus. Cette dernière a  
pratiquement cessé toute activité.  
Historique dans l'obligation de chercher  
un autre dentiste pour exécuter les soins.  
de ce fait je vous prie d'annuler la  
prise en charge n° W 24-803657, et  
de remplacer par la nouvelle prise en  
charge n° W 24-833935 - ci-joint.

Dr KHAZARI MOHAMMED

N° 5402

