

# 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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4744 Société : RAOT pec

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BEN YAHIA ABDELAZIZ

Date de naissance :

01.07.48

Adresse :

160 Bd ANFA CASABLANCA 106598

Tél. : 0669583936

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr BENABDELKHALEK Aouali  
Médecin Dentiste  
Spécialiste en Chirurgie buccale  
et Implantologie

Date de consultation :

23/01/2023

Nom et prénom du malade :

BEN YAHIA Abdelaaziz

Age : .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Smis Dentaires

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

RTS

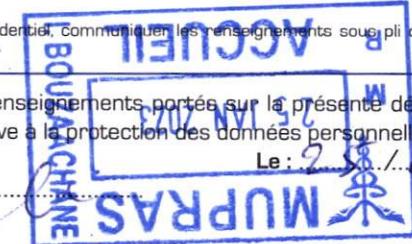
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 25/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :



## VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº M20-00798

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 : 4744

Nom de l'adhérent(e) : Ben Yahia

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : 25/01/2023

## RELEVE 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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## VOLET ADHERENT

995.00

\* 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 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'ODP.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
	2 1 5	ext cavité	D40	1000,00
	2 2	ext + élargi	D40	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	2 3	ttl endo	D10	1000,00
		+ 2Rx	D10	
	+ 21	ttl endo	D10	MONTANTS DES SOINS
		+ 2Rx	D10	600,00
	11	ttl endo	D10	
		+ 2Rx	D10	600,00
	14	ttl endo	D14	
		+ 2Rx	D14	800,00
			D14	DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

**[Création, remont, adjonction]**  
fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Diagram of the 7th cervical vertebra (C7) with numbered foramina (1-8) and handwritten notes:

- Foramina:** Labeled 1 through 8, arranged in two rows of four.
- Notes:**
  - Brûches de l'artère** (Artery) and **veine** (Vein) are indicated at the top.
  - D** is labeled on the left.
  - B** is labeled at the bottom center.
  - de 14 à 23 +** (from 14 to 23 +)
  - Stellik Infrachinale de** (Stellik Infrachinale of)
  - le 24, 25, 26, 27** (the 24, 25, 26, 27)
  - + les 28 à 31** (and the 28 to 31)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS  
Medecin Dentiste en Chirurgie Dentale  
et Endodontologie  
Tél: 03.82.70.00.00 - 06 77 57 32 20

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DATE DE  
L'EXECUTION

100

UX D1260  
+ D115  
+ 1024  
11770,00  
- 4600,00  
20350 D17

23/01/2023

100



IRM - Scanner Multibarettes - Echographie et Echographie Doppler  
Radiologie Numérisée, Rachis et M.I en totalité - Ostéodensitométrie - Mammographie  
Denta-Scanner - Cone Beam - Panoramique Dentaire et Télé-radio de profil  
Infiltrations Rachidiennes Scano-guidées - Cytoponction et Biopsie guidées

**Docteur Latifa MAHFOUD**

**Docteur Salah Eddine DRHIMER**

**Docteur Driss EL HASSANI**

Casablanca, le 23/01/2023  
Dr. BENABDELKHALEK Aouatif  
Médecin Dentiste

Chère Confrère,  
Je vous remercie de m'avoir adressé votre patient(e), **BENYAHIA ABELAZIZ**

### RX PANORAMIQUE DENTAIRE

Parodontopathie modérée.

Petites caries dentaires.

Racines résiduelles maxillaires.

Prothèses dentaires mandibulaires.

Sinus maxillaires libres .

Respect des ATM.

Veuillez trouver ci-joint le CD de l'examen

Confraternellement  
Dr. H. EL HASSANI



Pour les images, utilisez le lien : <http://sebta.ath.cx:8081/images/>  
Login : 131638 Mot de Passe : 80461

