

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



## Déclaration de Maladie

M22- 0024980

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1124 Société : MUPRAS  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BENNANI Naïma  
Date de naissance : 1949  
Adresse : 1015 NAKHIL N° 50 Boulevard Tanger  
Tél. : 0661 223964 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr RAZZAK ACHOUAK  
Chirurgien Dentiste  
BC ASSALAH, 10, APPT 4, 1er Etage  
Tél : 05 22 22 47 02 - Tanger

Date de consultation : 03 / 04 / 2023  
Nom et prénom du malade : BENNANI Naïma Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Demande d'entente préalable pour soins dentaires  
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 : Tanger Le : 03 / 04 / 2023  
Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0024980

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 :



# 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

# 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 Coefficients      Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien      Date des Soins      Nombre      Montant détaillé des Honoraires

AM      PC      IM      IV

VOLET ADHERENT

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

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

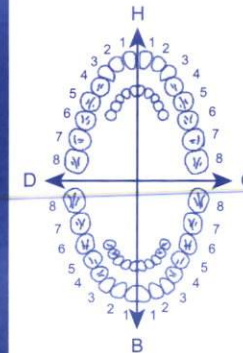
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

ODF  
PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H      B  
25533412      21433552  
00000000      00000000  
G  
00000000      00000000  
35533411      11433553

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Bridge yelent en ccll sur en yulust 46/48

118024

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

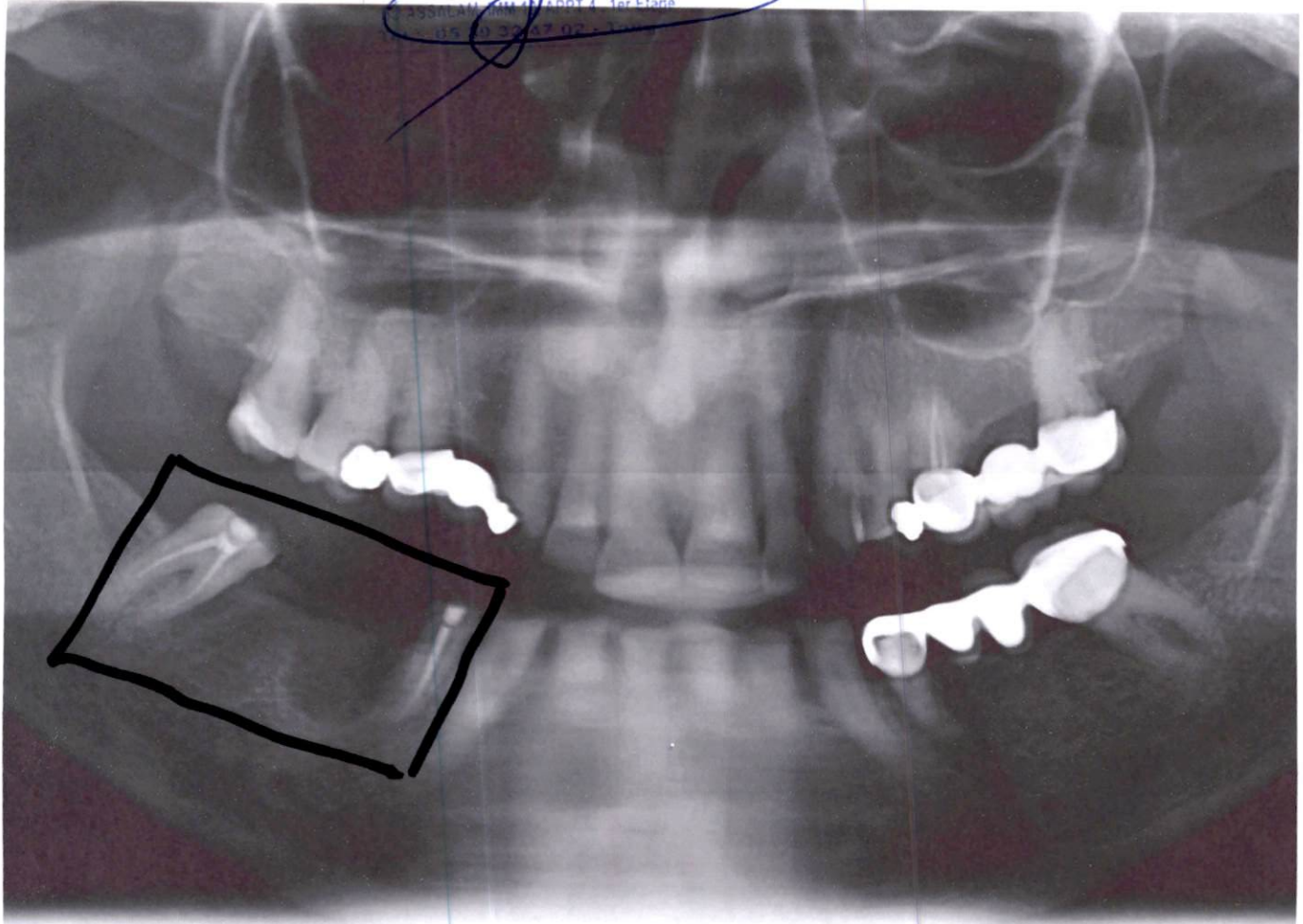
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr RAZZAK ACHOUAK

Chirurgien Dentiste

BD ASSALAM IMM 14, 1er Etage

Tel : 05 39 32 47 02 - Tanger



- M<sup>e</sup>: BENNANI Naima
- Radio Periapiculaire Dentaire
- Taux: le 03/01/2023.

Dentis dentiste d'odontologie  
Leur Bridge n'est en CMC sur  
le 11/15/16/17

Dr RAZZAK ACHOUAK

Chirurgien Dentiste

BD ASSALAM IMM 14, 1er Etage

Tel : 05 39 32 47 02 - Tanger





Soin Dentaire - Parodontie  
Implantologie - Esthétique dentaire

**Dr . RAZZAK ACHOUAK**  
Chirurgien Dentiste

**Attestation Poste-Universitaire en Implantologie  
Clinique  
Attestation Universitaire D'occlusodontie Paris VII  
Attestation Poste universitaire de Parodontie Clinique  
Certificat en Endodontie  
Certificat en Facette Cerinate**

**Tanger le, 03/04/2023**

**Nom et prénom : Mme : Bennani Naima**

### **Devis**

- Demande d'entente préalable pour bridge 4 éléments en CCM sur la  
44/45/46/47.....D180x4.....10000.00dh

Total est de .....D720.....10000.00dh

**La présente de devis a été arrêtée à la somme**

**De Dix Mille Dirhams**

**Patentee: 57231483    N° ICE: 001733362000077**

**N° INP: 164177701    N°IF: 18802653**

**Dr. RAZZAK ACHOUAK**  
Chirurgien Dentiste  
Bd ASSALAM, Imm 10, Appt 4, 1er Etage  
Tél : 05 39 32 47 02 - Tanger