

# 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.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'I  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

pe M23-010553

164643

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3260 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Harroudy Mohamed

Date de naissance : 14-09-1974

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Dr TOULJAP Rachid

Chirurgien Dentiste

Angle Bd Abderrahmane et Rte

d'Azemmour N°6 - Casablanca

Tél : 0522 90 98 35/0522 91 50 89

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/08/2023

Nom et prénom du malade : Harroudy Mohamed Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : prothèses 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M23-0010553

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]

<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>			
<b>Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue</b>	<b>Date</b>	<b>Désignation des Coefficients</b>	<b>Montant des Honoraires</b>

[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

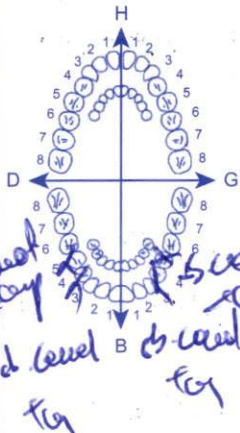
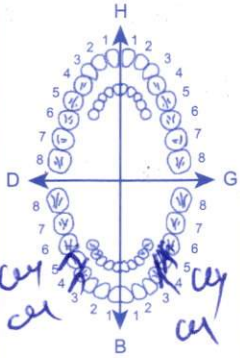
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
	3 4	5 Cav + bcp	$\frac{2}{15} + \frac{1}{2}$	COEFFICIENT DES TRAVAUX <u>100</u>														
	3 5	5 Cav + bcp	$\frac{2}{15} + \frac{1}{2}$															
	4 4	5 Cav + bcp	$\frac{1}{15} + \frac{1}{2}$															
	4 5	5 Cav + bcp	$\frac{1}{15} + \frac{1}{2}$															
				MONTANTS DES SOINS <u>500,00</u>														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
<b>O.D.F.</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <u>100</u>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		
2 Cav 34-35 $\frac{1}{15} + \frac{1}{2}$ <u>180 180</u>																		
2 Cav 44-45 $\frac{1}{15} + \frac{1}{2}$ <u>180 180</u>																		
			MONTANTS DES SOINS <u>1100,00</u>															
			DATE DU DEVIS <u>08/02/27</u>															
			DATE DE L'EXECUTION															
<b>Dr TOULIAR Rachid</b> <b>Dentiste</b> Angle Bd Abderrahmane et Rte d'Azemmour - Casablanca Tél: 0522 90 98 35/0522 91 50 89				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

**Veillez 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															
		34	à cour + bap	$\frac{1}{25} + \frac{1}{25}$	Cœfficient des Travaux <input type="text" value="100"/>														
		35	à cour + bap	$\frac{1}{25} + \frac{1}{25}$															
		44	à cour + bap	$\frac{1}{25} + \frac{1}{25}$															
		45	à cour + bap	$\frac{1}{25} + \frac{1}{25}$															
					Montants des Soins <input type="text" value="400,00"/>														
					Début d'exécution <input type="text"/>														
					Fin d'exécution <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU Cœfficient MASTICATOIRE																	
		<table><tr><td colspan="2">H</td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>D</td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></tr></table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D	G																	
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B																			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Cœfficient des Travaux <input type="text" value="100"/>															
	24-34-35 $\frac{1}{25} + \frac{1}{25}$ $\frac{1}{25} + \frac{1}{25}$																		
	24-44-45 $\frac{1}{25} + \frac{1}{25}$ $\frac{1}{25} + \frac{1}{25}$																		
				Montants des Soins <input type="text" value="1400,00"/>															
				Date du devis <input type="text" value="08/02/23"/>															
				Date de l'exécution <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr TOULJAR Rachid**  
Praticien Attestant Le Devis  
Angle Bd Abderrahmane et Rte  
d'Azemmour - Casablanca  
Tél : 0522 90 98 35 / 0522 91 50 89

Dr TOUIJAR Rachid  
Chirurgien Dentiste  
Angle Bd Abdel Mouane et Rte  
d'Azemmour - 6 - Casablanca  
Tel: 0522 90 98 35/0522 91 53 89



Lin



Dr TOUIJAR Rachid  
Chirurgien Dentiste  
Angle Bd Abdelkader et Rte  
d'Azemmour - Casablanca  
Tel: 0522 90 98 35 / 0522 91 50 89



Dr TOUIJAR Rachid  
Chirurgien Dentiste  
Angle Bd Abdelhakmane et Rte  
d'Azemmour n°6 - Casablanca  
Tél : 0522 90 98 35/0522 91 50 89



Lin