

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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- 0049724

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3018 Société : RAM AS9846

Actif Pensionné(e)

Nom & Prénom : BAATARI EL HOUSSINE

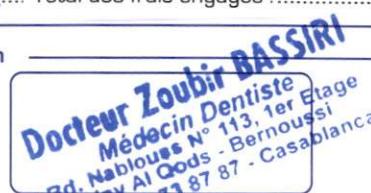
Date de naissance : 02/04/1958

Adresse :

Tél. : 0667676360 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/9/23

Nom et prénom du malade : BAATARI EL MATH Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Sain + prothèses 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 : Casablanca Le : 21/9/23

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie M22-0049724

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 :

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
14.3 =	Le 11 de Septembre Annule et remplacé celui du 27/4/23			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	<p><i>Docteur Zouhair Médecin Dentiste Meilleur Dentiste de la Maroc Bd. Nasseruddin Shah Hay Al Qods - Casablanca Tél: 0522 73 87 87</i></p>
--	------	---

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHERENT

* 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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
	16 15 12 25 45-46 36	$TR + obt = D_{25} + D_{33}$ avec Ancrage Radiculaire obt. avec Term. D Radiculaire Reprise TR = $D_{12} + D_{11}$ + obt (3 Fas) $TR + obt = D_{30}$ ext = D_{12} ext = D_{10} $5 Rx. numériques = D_{16} \times 15$	<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>$D_{33} + D_{12} + D_{11}$</p> <p>4650</p> <p>$D_{12} + D_{11}$</p> <p>D_{10}</p> <p>$D_{16} \times 15$</p>	
O.D.F PROTHESSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	P

[Création, remont, adjonction]

Docteur Zoubir BASSIRI
Médecin Dentiste
Bd. Habib Bourguiba 11-13^e Etage
Hay Al Garaa - Casablanca
Tél : 0523 81 89 89 - 0523 81 89 99

VISA ET SIGNÉ PAR LE PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

= 6000 W/H
DATE 1/14
BY L. REGGINSKY

2H91L

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



Déclaration de Maladie

M22- 0056392

REC

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3018 Société : RAM 159846

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : M^e BAATARI EL HOUSSINE

Date de naissance : 02-04-1958

Adresse : HAÏTIVILLE

Tél. : 0667676360 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



27/4/23

Date de consultation : BAATARI EL MATHIN Age :

Nom et prénom du malade : Saim Pathologie :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Sain + 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 : 27/04/2023

Signature de l'adhérent(e) : BAYA

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie M22-0056392

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 :

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 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.

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
16	TR + obt = D ₂₅ + D ₃₃	COEFFICIENT DES TRAVAUX	avec Temp Radiculon
15	obt. avec Temp Radiculon = D ₃₃	MONTANTS DES SOINS	
12	Reprise de TR = D ₁₀ + D ₁₁	DEBUT D'EXECUTION	+ dd
25	TR + dd = D ₃₀	D'EXECUTION	
45-46	exh = D ₁₀ x 2		
36	evh = D ₁₀		
5 Rx. numériq	= D ₁₀ x 5		
			EN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

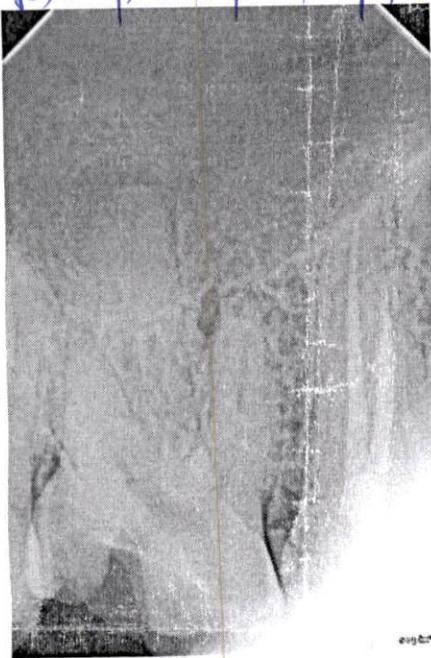
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
H	G
25533412 00000000	21433552 00000000
D 00000000 35533411	B 00000000 11433553

(Création, remont, adjonction)	
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	
① 2 CCM/16-15	DATE DE L'EXECUTION
= D ₃₆₀ = 720,-	27/4/13
② 2 C. Céramo - céramiq es/	DATE DE L'EXECUTION
12.11 = D ₄₀ = 800,-	27/4/13
③ CCM / 25 = D ₁₈₀ = 3600,-	DATE DE L'EXECUTION
④ Stellit Bas 4 élément:	DATE DE L'EXECUTION
= D ₁₆₀ .	27/4/13

Docteur Zoubir BASSIRI
Médecin Dentiste
Bd. Nabloussy n° 14A 1er Etage
Hay Al Boudi - Bernoussi
Tél : 0522 73 87 87 Casablanca

Docteur Zoubir BASSIRI
Médecin Dentiste
Bd. Naouzes N° 113, 1er Etage
Hay Al Qods - Bernoussi
Tél : 0522 73 87 87 - Casablanca

- Rx pré opératoire / 16



- Rx / 1T



- Rx / 4T - 46



- Rx / 12 - 11



- Rx / 25



N° Dossier: 159846 

N° Dossier externe: PEC-03018-08/05/2023

Type de dossier: DENTAIRE

Bénéficiaire: BAATARI EL MAHDI

Situation: Notifié

Sous-situation: ---

Date de début: 08-05-2023 

Date de fin: 08-05-2023 

Date de saisie: 08-05-2023

Événement: 

Commentaires pour l'édition

[Ajouter](#)

Commentaires ajoutés

Date	Commentaire
05-06-2023	ACC D 151 +D1105 REBIO12 +REBIO+OBT 25 ET BIO+ANCRAGE 16 + OBT ANCRAGE 15 +EXT 45 46 +36 ET 3CCM 15 16 25 +2 CCC 12 11 ET STEL INF 4 DENTS 45 46 47 36 S/R RX PAN APRES DR ZOUBIR BASSIRI

159846



Le 5 juin 2023

RUE H N 113 1ER ETAGE HAY EL QODS BERNOUSSI
DR. BASSIRI ZOUBIR.
CASA, 20000
MAROC

Objet : PRISE EN CHARGE PARTIELLE

Identifiant adhérent : 0003018_1958-04-07_EL HOUSSINE

N/REF : 20231560022161

Adhérent : BAATARI EL HOUSSINE

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de EL MAHDI BAATARI.

Nous vous prions de noter que le restant à charge à régler directement par l'adhérent et que cette prise en charge est valable à concurrence de :

- Part Mutuelle : 23287.50 MAD
- Restant à charge adhérent : 2323.25 MAD

Validité de prise en charge : du 05-06-2023 au 05-09-2023.

Pour le règlement de votre facture, nous vous prions de bien vouloir l'adresser jointe au double de la présente à la MUPRAS :

**Centre d'affaire Allal Benabdellah. 49, Angle Rue Allal Benabdellah et Rue Mohammed Fakir
6ème Etage. Casablanca.**

Nous vous remercions d'avance pour l'aide et l'assistance que vous apporterez à EL MAHDI BAATARI.

Veuillez agréer, Messieurs, l'assurance de nos sincères salutations.

[Signature] Directeur MUPRAS

CONDITIONS ET MODALITÉS :

Le règlement des factures relatives aux prises en charge est soumis aux conditions suivantes :

- La facture doit être nominative et conforme aux informations indiquées sur la prise en charge.
- Toute facture doit être accompagnée :
 - ✓ D'une copie de la présente prise en charge,
 - ✓ Des notes d'honoraires des praticiens,
 - ✓ Du compte rendu et des justificatifs des actes pratiqués,
 - ✓ Du détail de la pharmacie, radiologie et biologie (sous pli fermé).
- Toute facture doit être obligatoirement signée par notre adhérent.
- Toute facture doit comporter l'IF, l'ICE et le RIB (24 chiffres) du prestataire.