

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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

N° P19- 048426

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09265 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 184046

Nom & Prénom : EJABRI MOHAMED

Date de naissance : 18/05/1960

Adresse : 66 RUE GHAZZA HAY WAFIK BERRECHID

Tél. : 064535956 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Mustafa LOUAHLIA  
Médecin Dentiste  
Angle Bd. Mohamed V et Rue  
Yacoub Al Mansour - Berrechid  
Tél. : 05 22 33 66 41

Date de consultation : 22/11/2023

Nom et prénom du malade : EJABRI Mohamed Age :

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

Nature de la maladie : prise en charge

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 : BERRECHID Le : 11/2023

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-048426

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 : 09265

Nom de l'adhérent(e) : EJABRI Mohamed

Total des frais engagés :

Date de dépôt :



[illegible][illegible][illegible][illegible]

**VOLET ADHERENT**

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

\* 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 :

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		
	35	Ext	D10	CCEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px;">1164</span>	
	32	Ext	D10		
	42	Ext	D10		
	44	Ext	D10		
		21, 22	2cp3p4p	D30	MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px;">4500,-</span>
	11	cp3p4p	D15		
		43	cp3p4p	D15	DEBUT D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px;"></span>
		27	HC	D25	
		27	à repaire	D15	FIN D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px;"></span>
		-	Debut	D12	
	-	Debut	D12		
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">             H              25533412              00000000              D           </div> <div style="text-align: center;">             21433552              00000000              G           </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">             00000000              35533411              B           </div> <div style="text-align: center;">             00000000              11433553              G           </div> </div>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px;">11485</span>	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px;">22500,-</span>	
	FN+CCC 33 D270				
	Bridge à repaire 23x25x27			DATE DU DEVIS <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px;">22/11/20</span>	
	5ccc D1000				
	stellite Bas D120			DATE DE EXECUTION <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px;"></span>	
47, 46, 45, 44, 42, 41 31, 32, 34, 35, 36, 37 D85					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

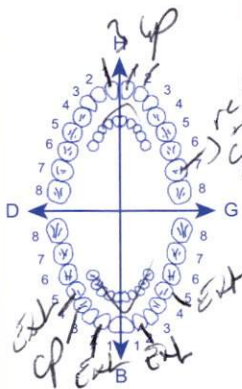
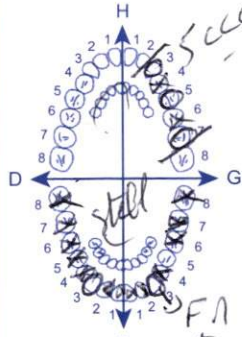
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DR. ANGIE EL MOHAMED  
 Médecin Dentiste  
 Angie El Mohamed et Rue  
 Yacoub el Mansour - Berrechid  
 30000 - 06 66 41

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

**Important :**

**Veillez 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												
	35	Ext	DAO	COEFFICIENT DES TRAVAUX											
	32	Ext	DAO		D 164										
	42	Ext	DAO												
	44	Ext	DAO												
	21, 22	2cp3 faces	D30	MONTANTS DES SOINS		4500,-									
	11	1cp3 faces	D15												
	43	1cp3 faces	D15	DEBUT D'EXECUTION											
	27	HC	D25												
	27	1cp3 faces	D15												
	-	Deval	D12												
-	Deval	D12	FIN D'EXECUTION												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
	<table><tr><td colspan="2">H</td></tr><tr><td>25533412 00000000</td><td>21433552 00000000</td></tr><tr><td>D</td><td>G</td></tr><tr><td>00000000 35533411</td><td>00000000 11433553</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></tr></table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX	D 1485
	H														
	25533412 00000000	21433552 00000000													
	D	G													
	00000000 35533411	00000000 11433553													
	B														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS	22500,-										
	FN+CCC 33 D27 Bridge à relaine 23x25x27 SCCC D1000 stellite Bas D120 47,46,45,44,42,41 31,32,34,35,36,37 D25														
				DATE DU DEVIS	22/11/20										
				DATE DE EXECUTION											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

**Médecin Dentiste**  
Angle Bd. Mohamed V et Rue  
Yacoub Al Moinsour - Berrechid  
Tél: 05 22 33 66 41



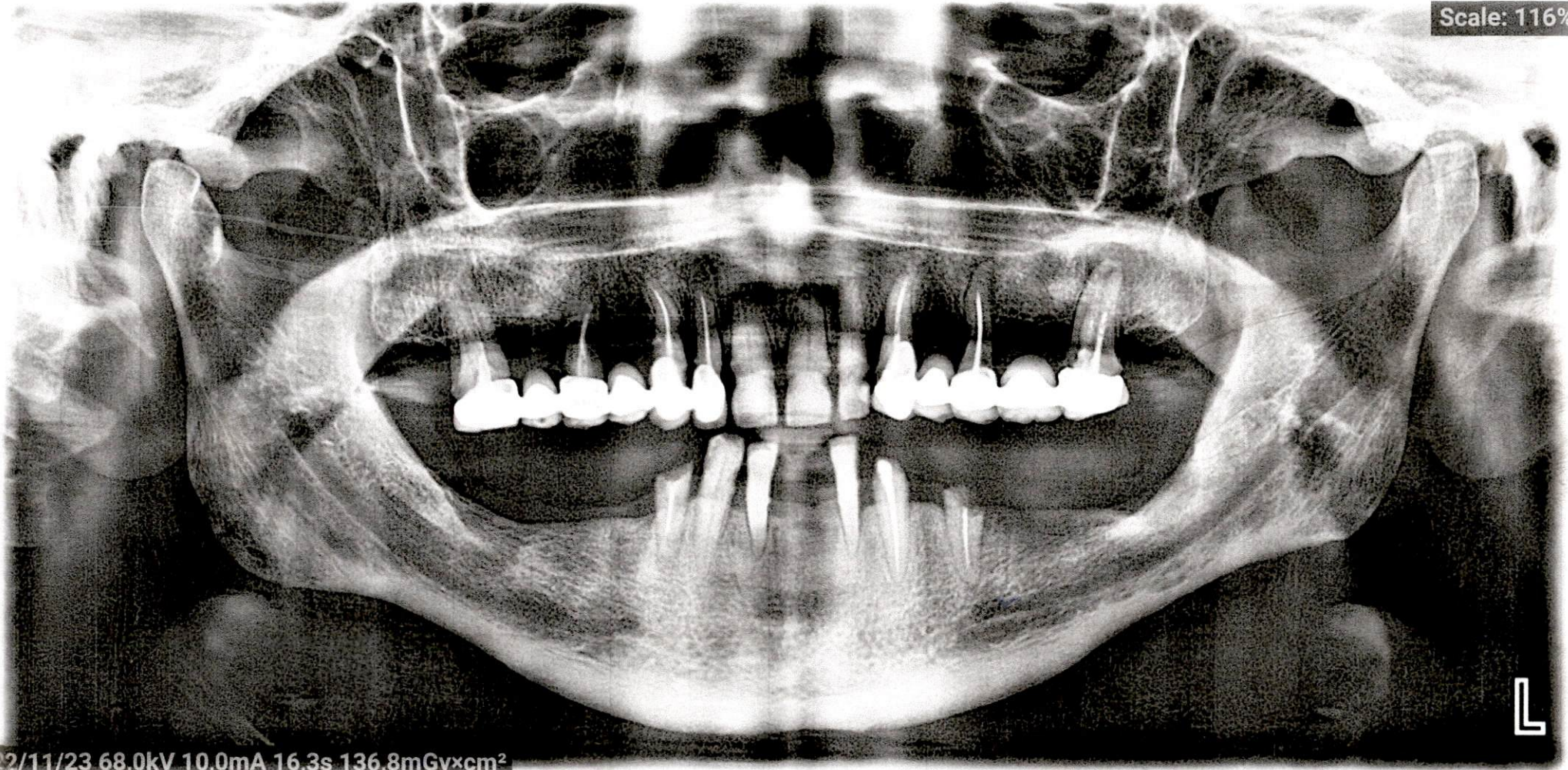
Dr Mostafa LOUAHLIA  
Médecin Dentiste  
Angle Bd. Mohamed V et Rue  
Yacoub Al Mansour - Berrechid  
Tél.: 05 22 33 66 41

Ejjabri Mohamed  
Date De Naissance :

Dr Mostafa LOUAHLIA  
Médecin Dentiste  
Angle Bd. Mohamed V et Rue  
Yacoub Al Mansour - Berrechid  
Tél.: 05 22 33 66 41



Scale: 116%



22/11/23 68,0kV 10,0mA 16,3s 136,8mGy×cm<sup>2</sup>