

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- 0050561 PEC

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8232 Société : ~~183464~~
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL NTRAJI SoufiANE
 Date de naissance : 23/12/1968
 Adresse : même adresse
 Tél. : 06 62 78 21 75 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 12/11/2023
 Nom et prénom du malade : EL NTRAJI N. Rade Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : Dents pour Soins de l'hygiène
 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 M22-0050561

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 : 8232
 Nom de l'adhérent(e) : EL NTRAJI SoufiANE
 Total des frais engagés : PEC
 Date de dépôt : 27/11/2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible][illegible]

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
		A M	P C	I M	I V	

* 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.

Dews

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
		T-C		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
		+ 6b	D ₁₀		MONTANTS DES SOINS
		+ 3RVLH	+ 12		
		+ 6b	+ 10		
		coronae			
		vérifier			
		3 5	6b		D ₁₀
			cuspide		
			= 12		FIN D'EXECUTION
		T-C	D ₁₀		
		+ 3RVLH			
		+ 6b cent	+ 10		
		+ ancrage	D ₁₀		
		coronae	+ 12		
		avec charnière			
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B			COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS	
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
				DATE DU DEVIS	
				DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Important :

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

SOINS D'ENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
 O.D.F PROTHESES DENTAIRES		T.C. + 6b + 3RVL + 6b coronnet an verre chêne 6b c.p.s.h. c.12 T.C. + 3RVL + 6b + ancrage coronnet à l'apex à l'apex	 	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Fatime EZZAHRA BERRADA
CHIRURGIEN DENTISTE
odontiste - implantologiste
Rue Rochd 50, 1^{er} des Hôpitaux
2^{ème} Etage - CASABLANCA
Tél: 05.22.49.10.59



Lin

34

Dr. Fatima Zahra BERRADA
CHIRURGIEN DENTISTE
Orthodontiste - implantologiste
Résidence Ibnou Rochd- 50, Rue des Hôpitaux
N° 9 - 3^{ème} Etage - CASABLANCA
Téléphone: 05.22.49.10.59



Lin