

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## Adresses Mails utiles

- Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 (L9) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)

PR4FR05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 /2019



Déclaration de Maladie

W21-841495

demande prise en charge

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Dentaire

Soins et Optique

Phar

Autres

Matricule : 50063

Actif  Pensionné(e)

Nom & Prénom : AAISSI Zahra

Date de naissance : 18/12/1949

Adresse : Cité Baboussoum Km 9 N1148

Tél : 0666211783

Total des frais engagés :

Dhs

194462

Cadre réservé au Médecin

Gachet du médecin :

**DR. BENFEDDOUL Samir**  
Chirurgien Dentiste  
127, Av. Mers Sultan N° 5 - Casablanca  
Tél : 05 22 26 24 54 - Patente : 31399522  
Email : [medic.mercabinedentaire@gmail.com](mailto:medic.mercabinedentaire@gmail.com)

Date de consultation : 10/08/2021

Nom et prénom du malade : AAISSI Zahra

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoints

Enfant

Nature de la maladie : Soins et Prothèses dentaires

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

Pathologie :

En cas d'accident précisant 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

W21-841495

Remplissez ce volet, découpez le et conservez-le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : .....

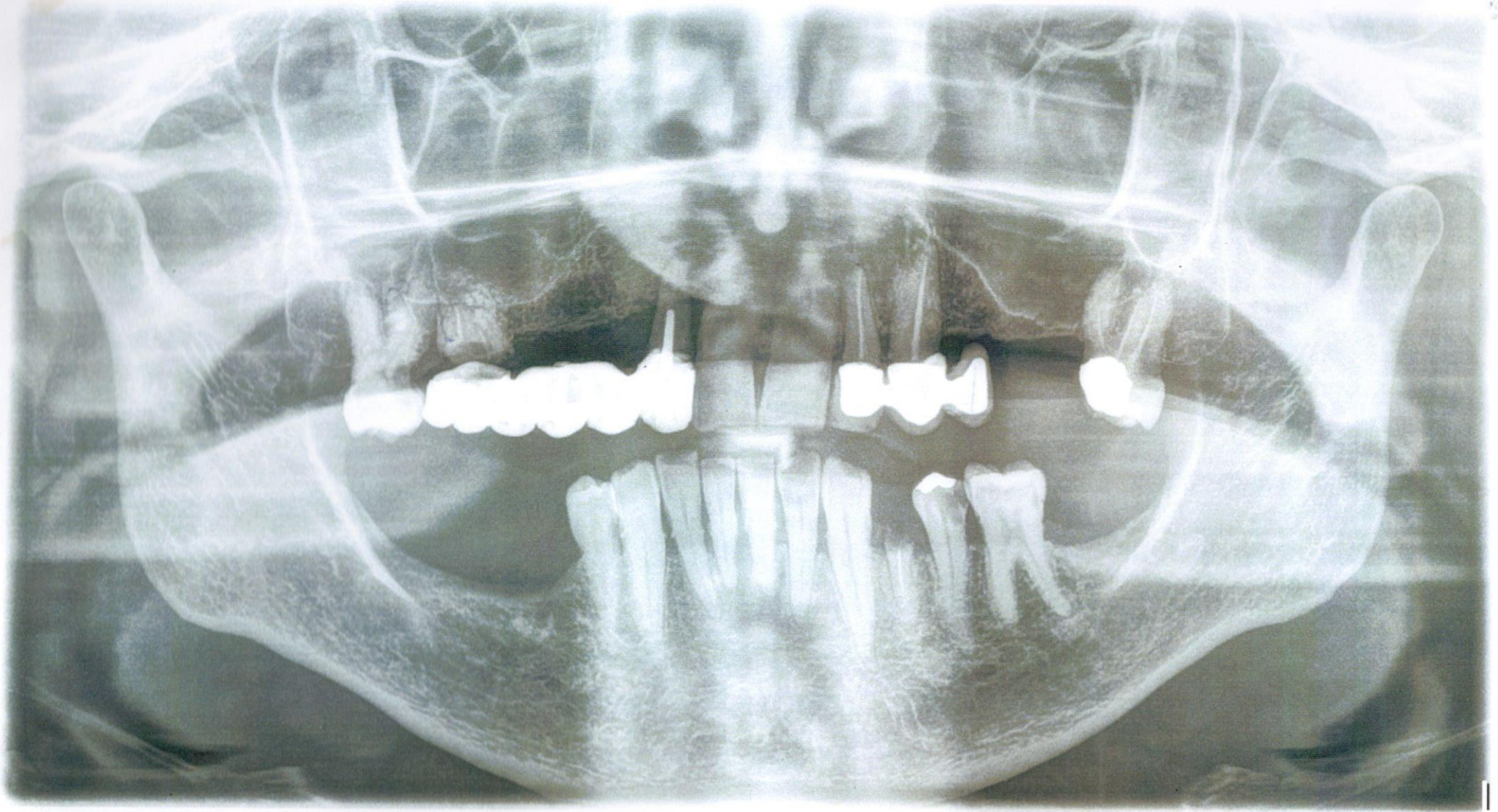
Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

Coupon à conserver par l'adhérent(e).







### 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.

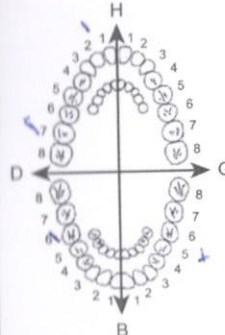
### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

*prise en charge*

Important :

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

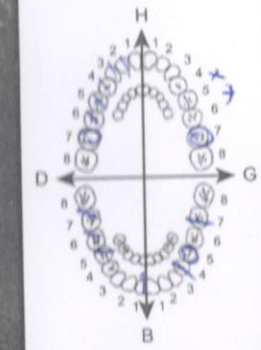
| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | Montant des Honoraires | COEFFICIENT DES TRAVAUX   |
|---|----------------|------------------|-------------|------------------------|---|
|  | 46             | Co               | D10         | 400,00                 | <b>2607,626</b><br><br>MONTANTS DES SOINS<br><b>2200,00</b><br><br>DEBUT D'EXECUTION<br>FIN D'EXECUTION |
|   | 12             | Co               | D10         | 400,00                 |   |
|   | 35             | oc               | D15         | 500,00                 |   |
|   | 35             | Pot              | 326         | 150                    |   |
|   | 17             | oc               | D25         | 600                    |   |
|   |                | 326              | P66         | 150                    |   |

### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

|          |          |
|----------|----------|
| H        |          |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D        | G        |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |
| B        |          |

COEFFICIENT DES TRAVAUX  
**30180**  
 25120/60 +55



| (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | Montant des Honoraires |
|---|------------------------|
| cor 17-27-35  |                        |
| stélet ht   |                        |
| 16-15-14-13-12  |                        |
| 25-26   |                        |
| stélet bas  |                        |
| 47-46-45-41   |                        |
| 34-37   |                        |

MONTANTS DES SOINS  
**17000,00**  
  
 DATE DU DEVIS  
**10-02-24**

DATE DE L'EXECUTION

**Dr. BENFEDDOUL Samir**  
 VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS  
 127, Av. Mers Sultan N° 5 - Casablanca  
 Tél.: 05 22 26 34 54 - Patient : 34399522  
 Email : merycabinetdentaire@gmail.com

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION