

## 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, parodontologie 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 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 tous les 6 mois.

#### Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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° W21-786434

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 25054

Société : MUPRAS

☐ Actif ☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : BOUSSAÏA

Date de naissance : 12/08/1984

Adresse : Hayatoula

Tél : 06 61 21 9937

Total des frais engagés : 198465

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/02/2024

Nom et prénom du malade : BOUSSAÏA

Age : 40 ans

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

soins et prothèse dentaire

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 : 28/02/2024

Signature de l'adhérent(e) : .....

VOILET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-786434

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : 25054

Nom de l'adhérent(e) : BOUSSAÏA

Total des frais engagés : 198465

Date de dépôt : .....

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



[illegible]

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										
				INP : <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>										

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][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 canauxaires, ainsi que le bilan d'IODE.

SOINS DENTAIRES			
Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : C944444390

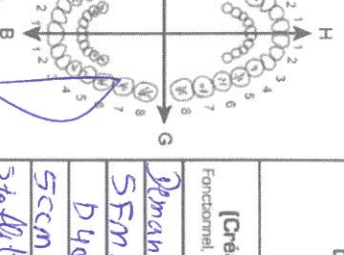
3	4	$\pi$	DMS	COEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;">DS</div>
4	4	$\frac{\pi}{n}$	DLS	
4	5	$\frac{DLS}{n}$	DLS	
3	3	cq	DLO	

				MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;">1375,00</div>

DEBUT D'EXECUTION	<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>
----------------------	--

FIN D'EXECUTION	<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>
--------------------	--

[illegible][illegible]

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
 <p><b>D</b>      <b>H</b></p> <p style="text-align: center;"><b>G</b>      <b>B</b></p>		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">25533412</td> <td style="width: 50%; text-align: right;">21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td style="text-align: right;">11433553</td> </tr> </table>		25533412	21433552	00000000	00000000	D	H	00000000	00000000	G	B	35533411	11433553
25533412	21433552														
00000000	00000000														
D	H														
00000000	00000000														
G	B														
35533411	11433553														
<p><b>(Création, remonte, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse</p>		<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 40px; margin-left: auto; text-align: center; font-size: 1.2em;">242.5</div>													
<p><u>Demande d'accord:</u></p> <p>SFM : 48, 45, 44, 34, 37</p> <p>D 40 x 3 + D 60 x 2</p> <p>SCCM : 37, 34, 44, 45, 48</p> <p>Site de la nouvelle des dents.</p> <p>44, 46, 35, 36    D 20 + D 45</p>		<p>MONTANTS DES SOINS</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 40px; margin-left: auto; text-align: center; font-size: 1.2em;">24100,00</div>													
<p>DATE DE L'EXECUTION</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 40px; margin-left: auto;"></div>		<p>DATE DU DEVIS</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 40px; margin-left: auto;"></div>													

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.

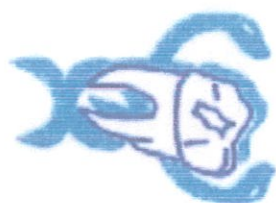
**VISA ET CACHET DU PRAPOIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**Docteur Hicham AFFAR**  
CHIRURGIEN DENTISTE

Diplôme de la faculté de médecine  
dentaire de Casablanca  
Diplôme en Orthodontie de l'Université de  
Bourgogne (France)  
Diplôme en Implantologie de l'Université  
Paul Sabatier (Toulouse)

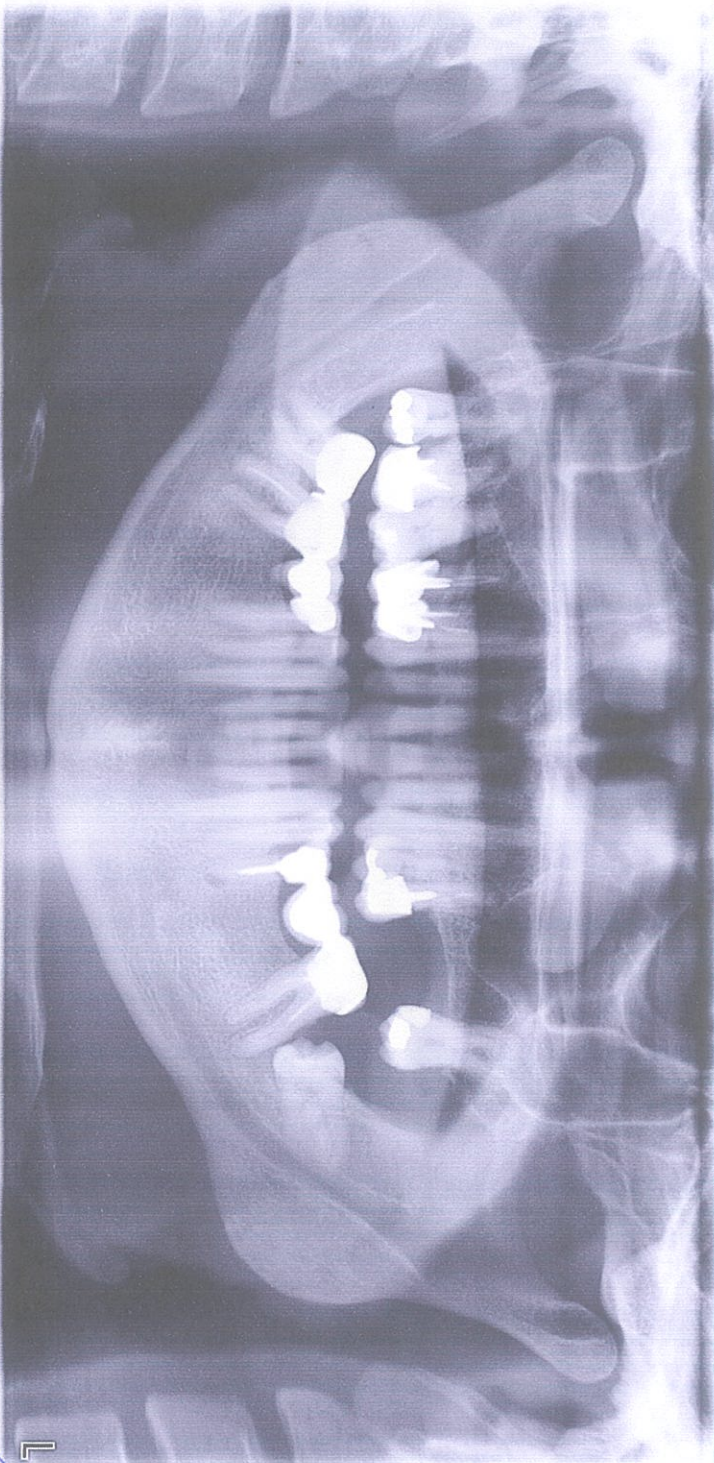


الدكتور هشام عفار  
طبيب جراح للأسنان

خرجت كلية طب الأسنان بالدار البيضاء  
حاصل على دبلوم تقويم الأسنان من جامعة تونسي  
بفرضها  
حاصل على دبلوم زراعة الأسنان من جامعة تولوز

Patient : **Mr. BENISSA HASSAN**

**Casablanca, le 28/02/2024**



Dr : Hicham AFFAR  
Chirurgien Dentiste  
Orthodontiste  
156, Bd Oum Errabii El Oulfa  
Casa : Tel 05 22 93 48 38

564 Benissa Hassan  
03/04/23 70.0kV 11.0mA 15.8s 86.7mGy/cm2  
Provider Default

04/04/2023

156, bd Oum Errabii 1er Etage - El Oulfa. Tél : 05 22 93 48 38 - Casablanca 20222  
الدار البيضاء - الطابق الأول الهاتف : 05.22.93.48.39 - شارع أم الربيع الأمانة 156