

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



## Déclaration de Maladie

M23-008948

PEC

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5103 Société : R.A.M. 193680  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : SEBOUSSI MAMOUN  
 Date de naissance : 18/02/1944  
 Adresse : 6, Rue Kerguelan, Casablanca  
 Tél. : 0661282420 Total des frais engagés : 8000,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Docteur NADIA SAADI**  
Chirurgien Dentiste  
52, Rue Socrate 1<sup>er</sup> Etage Appt. N° 1  
Maarif Extension - Casablanca  
Tél. : 05 22 25 32 78

Date de consultation : 05/02/2024

Nom et prénom du malade : M. SEBOUSSI Jamil Age : 80

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

Nature de la maladie : soins - Prothèse Dentaire

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : Diabète

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) :

### VOILET ADHERENT

Déclaration de maladie M23-0008948

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 : 5103  
 Nom de l'adhérent(e) : SEBOUSSI MAMOUN  
 Total des frais engagés : 8000,00  
 Date de dépôt : 7/2/2024



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

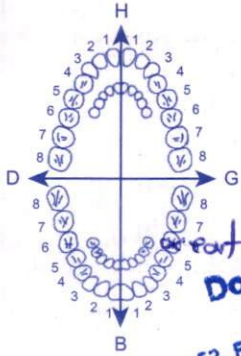
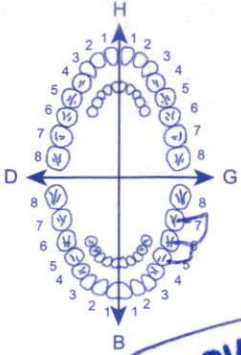
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient							
	36	ext	D <sub>10</sub>	CCEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">D<sub>10</sub></span>						
				MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">300,00</span>						
				DEBUT D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">05.02.24</span>						
				FIN D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></span>						
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3D<sub>180</sub></span>						
	<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3000,00 + 3000,00 + 3000,00 = 9000,00</span>
	H									
	25533412	21433552								
	00000000	00000000								
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">05.02.24</span>						
bridge CCN sur les 35.36 et 37			DATE DE L'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></span>							
<b>Docteur NADIA SAADI</b> Chirurgien Dentiste 52, Rue Socrate 1er Etage Appt. N° 1 Maarif Extension - Casablanca Tél.: 05 22 25 32 78										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

VisionPADS

SNOUSE, JAMIE 04/01/2004 11:17:05

