

# 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° M20- 0001626

- Maladie  Dentaire  Optique  Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6993 Société : NAM  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : SOUHAIL LAHCEN  
 Date de naissance : 13/01/1958  
 Adresse : WATA 1 IMM 2 AL WILAM B 9  
OULFA CASABLANCA  
 Tél. : 0668 987771 Total des frais engagés : 21200,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/03/2024  
 Nom et prénom du malade : Souhail Lahcen Age : 66  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : Soins et prothèses dentaires  
 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 : CASABLANCA Le : 13/03/2024  
 Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M20-01626

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 : .....  
 Nom de l'adhérent(e) : .....  
 Total des frais engagés : .....  
 Date de dépôt : .....

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

**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	

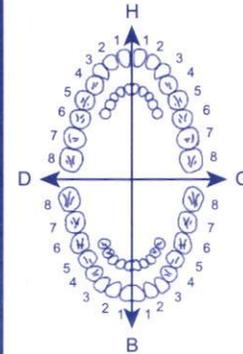
**RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES**

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.

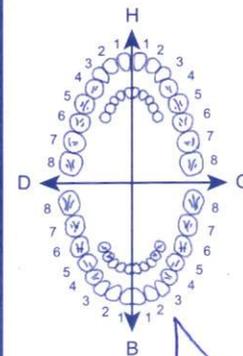
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	17	π	D25	D50
	16	Rep π	D25	
				MONTANTS DES SOINS
				1250,00
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION



**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

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



**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Demande d'accord  
3 Em : 13, 16, 17  
D40 + D60 x 2  
Bridge de Féli marks  
13 → 17  
D180 x 5

COEFFICIENT DES TRAVAUX	D1060
MONTANTS DES SOINS	21200,00
DATE DU DEVIS	13/03/24
DATE DE L'EXECUTION	

**Dr. Hicham AFFAR**  
Chirurgien Dentiste

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS  
156, Bd Oum Errabi El Safa  
Casa : Tel 05 22 93 48 38

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**VOLET ADHERENT**

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

**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)

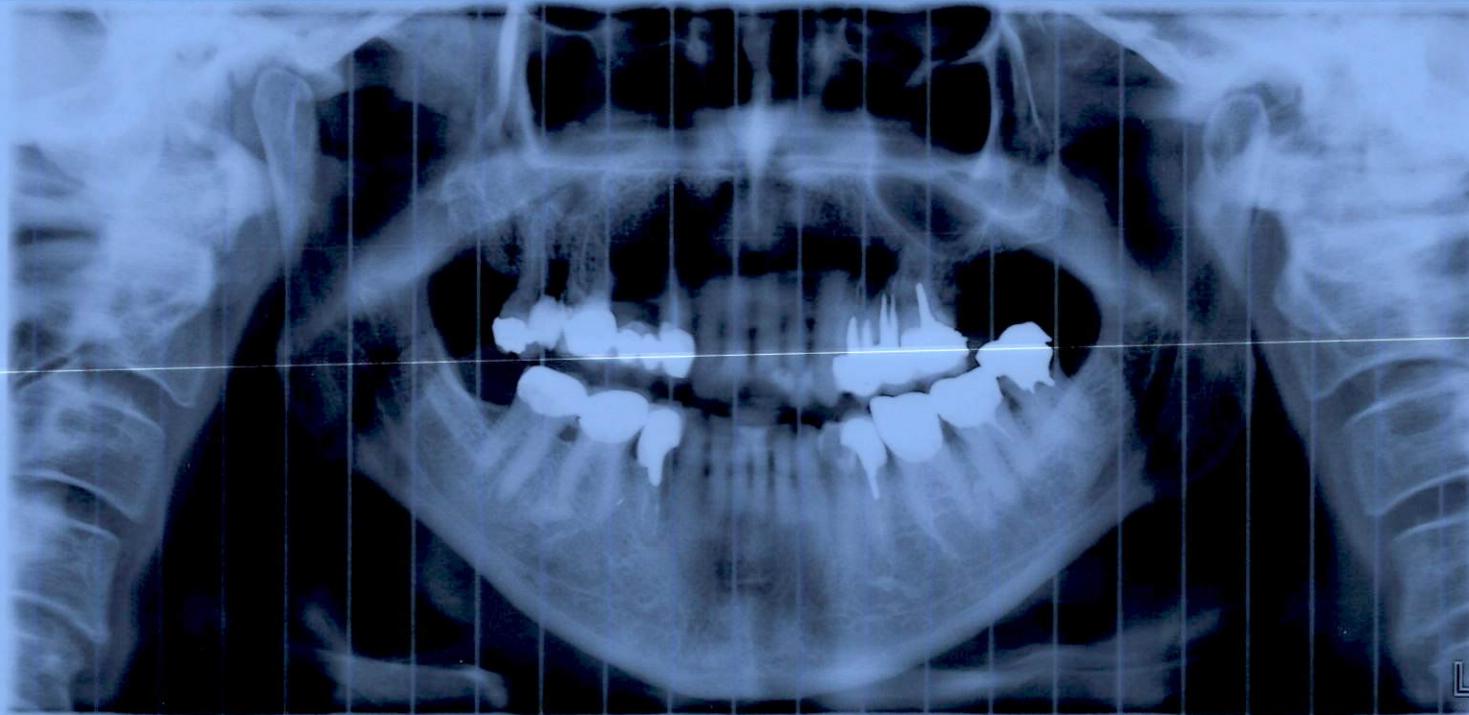


**الدكتور هشام عفار**  
طبيب جراح للأسنان

خريج كلية طب الأسنان بالدار البيضاء  
حاصل على دبلوم تقويم الأسنان من جامعة بوركين  
بفرانسا  
حاصل على دبلوم زراعة الأسنان من جامعة تولوز

Patient : **Mr. SOUHAIL Lahcen**

Casablanca, le 13/03/2023



259 Souhail Lahcen  
20/07/23 70.0kV 11.0mA 15.8s 86.7mGy\*cm2  
Provider Default

20/07/2023

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