

# 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.

## Médecine 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.

## Éducation :

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

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



FDI PE C  
Déclaration de Maladie

Nº P19- 063233

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5677

Société : RAM Retraite

Actif  Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : MANOURI Mohamed

Date de naissance : 30-06-1951

Adresse : 69, Rue Al Houshoua Casa

Tél. : 022273479

Total des frais engagés : 900 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BENABDALLAH Latifa  
Docteur En Chirurgie Dentaire  
39, Rue Omar Sloui  
Résidence Taoulik 1er Etage  
N° 1, Tel. : 05 22 20 45 45 (LG)

Date de consultation : 10/03/2020

Nom et prénom du malade : MUPRAS

Age : 1955

Lien de parenté :

Nature de la maladie : MUPRAS

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : MUPRAS

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 : / /

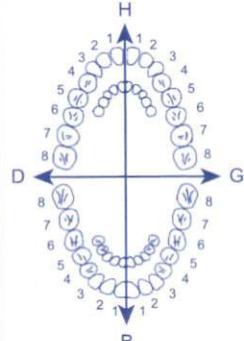
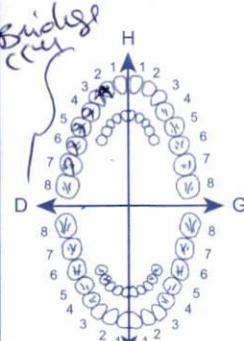
Signature de l'adhérent(e) :

# RELEVE 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	Coefficent		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>	
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	H 25533412   21433552 00000000   00000000 D G	B 00000000   00000000 35533411   11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text" value="D 180x6"/>	
	H 25533412   21433552 00000000   00000000 D G	B 00000000   00000000 35533411   11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="12000 dh"/>	
	H 25533412   21433552 00000000   00000000 D G	B 00000000   00000000 35533411   11433553		DATE DU DEVIS <input type="text" value="1d/03/2020"/>	
	H 25533412   21433552 00000000   00000000 D G	B 00000000   00000000 35533411   11433553		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

DR BENABDALLAH

Docteur en chirurgie Dentaire

39, Rue Omar Slaoui

Résidence Iaoufik 1er Etage

N°7, Tél : 05 22 47 25 87 . Casab

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## Dr. M. ALAOUI BOUHAMID

Médecin radiologue imagerie générale et ostéo-articulaire  
Diplômée en imagerie ostéo-articulaire de la Faculté de Médecine de Lyon  
Membre de la société Française de Radiologie

CASABLANCA, le 23 Juin 2020

**NOM DU PATIENT : ZAHIDI FATIMA**

**MEDECIN PRESCRIPTEUR : DR BENABDALLAH LATIFA**

**EXAMEN REALISE : PANORAMIQUE DENTAIRE**

**RÉSULTAT :**

- Dentition de type adulte.
- Multiples secteurs édentés.
- Aspect rétracté de l'os alvéolaire ( parodontite).
- Odontome en regard du site de la 46.
- Absence d'anomalie focale suspecte de la trame osseuse.
- Fonds des sinus maxillaires libres.
- ATM en place.

**En vous remerciant de votre confiance**

**DR M. ALAOUI BOUHAMID**

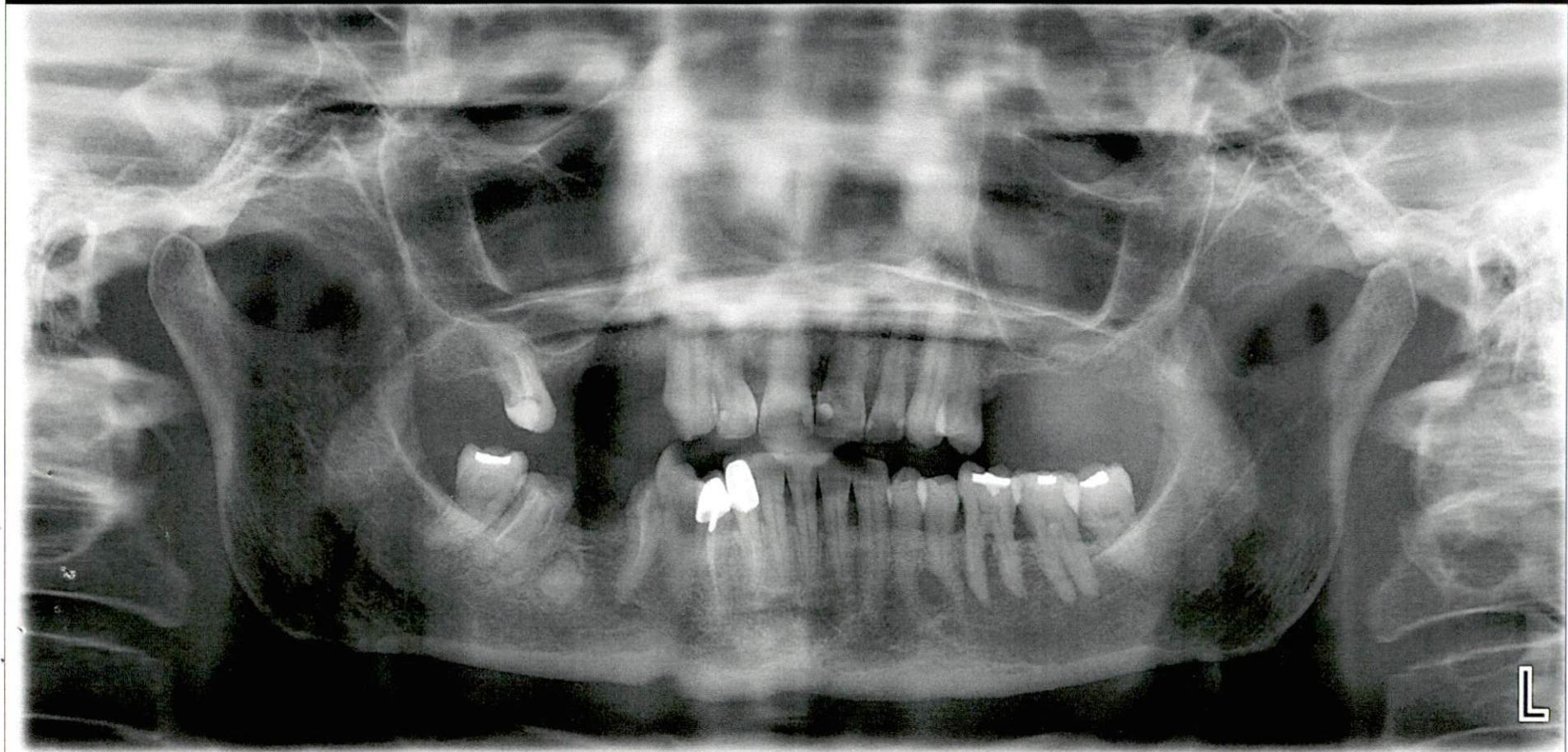
Médecin Radiolog

ZAHIDI FATIMA,  
ID 116449

Centre de Radiologie AL WILAYA

Imprimé par VisionPRINT binatio

Scale: 99%



23/06/20 65,0kV 8,0mA 16,9s 94,1mGy×cm<sup>2</sup>

N° Dossier: 29893

N° Dossier externe: PEC-05677-24/06/2020

Type de dossier: DENTAIRE

Bénéficiaire: ZAHIDY FATIMA

Situation: Notifié

Sous-situation: --

Date de début: 24-06-2020

Date de fin:

Date de saisie: 24-06-2020

Événement: 

#### Commentaires pour l'édition

**Ajouter**

#### Commentaires existants [▼]

Date	Type	Commentaire
26-06-2020	Manuel	CV PREOP



Monsieur MANOUNI MOHAMED  
Matricule 05677  
Casablanca

Casablanca, le 26-06-2020

Objet : Contre Visite /ZAHIDY FATIMA

Référence dossier	Bénéficiaire	Date de soins	Nature Actes / Maladie	Frais Engagés
P19-063233	CONJOINT	10/03/2020	SOINS PROTHESES DENTAIRES	12.000,00

Nous faisons suite au dossier visé en marge et vous prions de se présenter muni de votre CIN chez :

DR. SAID MOUINY  
Bd, BRAHIM ROUDANNI 22 BIS , RUE OUSSAMA IBNOU ZAID 1ER ETAGE  
CASABLANCA  
TEL : 05 22 23 20 77

Aux fins d'une contre-visite en prenant rendez-vous au préalable

Prière nous retourner cette lettre dûment datée et cachetée par le médecin contrôleur.

Veuillez croire en l'assurance de nos sentiments distingués.

