

# 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

- 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

M22- 0050562

183464

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8232 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL HIRATI SOUFIANE

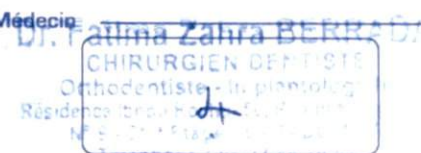
Date de naissance : 23/12/1968

Adresse : même adresse

Tél : 06 62 78 21 75 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17/11/2023

Nom et prénom du malade : EL HIRATI Ad Rahi Age :

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

Nature de la maladie : Dents pour malocclusion

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie

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) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0050562

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 : 8232

Nom de l'adhérent(e) : EL HIRATI Soifane

Total des frais engagés : PEC

Date de dépôt : 23/11/2023

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019



[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 TOL.

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de TOL.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
		T-c		COEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">D<sub>88+24</sub></div>
		16b	D <sub>10</sub>	
		3RVL	+24	
		6b	+10	
	3 5	6b	D <sub>10</sub>	MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">23=0+</div>
		cpsh		
		c12		
		6b		
		T-c	D <sub>10</sub>	DEBUT D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div>
		+3RVL	+24	
		+6b		
		+6b		
		T-c	D <sub>10</sub>	FIN D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div>
		+3RVL	+24	
		+6b		
		+6b		
O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT			D <sub>88+242</sub>
	MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div>
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">             25533412 00000000 D           </div> <div style="text-align: center;">             21433552 00000000 G           </div> </div>			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">             00000000 35533411 D           </div> <div style="text-align: center;">             00000000 11433553 G           </div> </div>			
	B			
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div>
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div>
				DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

N EL NITRAfi nommed Re1t

Dr. Fatima Zahra BERRADA  
CHIRURGIEN DENTISTE  
Orthodontiste - Implantologie  
Résidence Ibnou...  
N° 9 - 3<sup>ème</sup> Etage - C.A.P. 21, ANCA  
Telephone : 05.22.49.10.99

- 34 : T.c + Gb canelane  
+ 3 RVG D<sub>0</sub>  
+218  
+D<sub>10</sub>
  - 35 Gb composite D<sub>10</sub>
  - 37 Traitement canalair.  
+ 3 RVG + Gb tertiaire canalair D<sub>2r</sub>  
+218
  - + obturation coronari ~~au~~ verre  
ionomere avec +
  - ancre y coronaires de verre D<sub>33</sub>  
+218
  - en file de verre.
  - + RVG
- 
- D<sub>88</sub> +218

Dr. Fatima Zahra BERRADA  
CHIRURGIEN DENTISTE  
Orthodontiste - Implantologie  
Résidence Ibnou...  
N° 9 - 3<sup>ème</sup> Etage - C.A.P. 21, ANCA  
Telephone : 05.22.49.10.99

34

DR. FATIME EZZAHRA BERRADA  
CHIRURGIE DENTISTE  
Orthodontiste, Implantologiste  
Rue de la République 10, Rue des Hôpitaux  
9ème étage 40000, F. M. C. A.  
Téléphone : 49 10 34



Lin

Fatime EZZAHRA  
DENTISTE  
Dentiste  
Centre Dentaire Kenzi  
Rue 100 des Hôpitaux  
Bordj BOU  
17/11/2023



Lin

Dental Imaging Software V6, 14, 0, 4