

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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 Alali Ben Abdellah - 6ème Etage Rue Mohamed Fakir et Rue Alali Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

**Déclaration de Maladie**

Nº M21-0030939

pec corrigé

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9042 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : M. LABIED LATIFA

Date de naissance : 15/06/1963

Adresse : Hab. telle

Tél. : 0626060261

Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr TOUJAR Rachid**  
Chirurgien Dentiste  
Angle Bd Abderrahmane et Rte  
d'Azemmour N°6 - Casablanca  
Tél : 0522 90 98 35/0522 91 50 89

Date de consultation : 20/11/2023

Nom et prénom du malade : LABIED LATIFA Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Polies 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 : .....

Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº M21-30939

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 : 9042  
Nom de l'adhérent(e) : M. LABIED

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : 29/11/23

## RELEVE 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 - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
<i>RADIOLOGIE HANNOVER ANFA 10. Imm. Commun. Route d'Azemmour et Bd. Sidi Abderrahmane - Casablanca Tél: 05 22 90 10 10 / 06 22 90 02 87</i>	02/11/23	2 20	200,00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A	M	P	C	

## VOLET ADHERENT

SB

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

## 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	Coefficient
	12 45 12 12	12 45 12 12	D 40
	12 Couplé	12 Couplé	MONTANTS DES SOINS
	23 6 coule	23 6 coule	DEBUT D'EXECUTION
	23 Gapt 2	23 Gapt 2	FIN D'EXECUTION
			Coefficient DES TRAVAUX
			18.000,-
			DATE DU DEVIS
			20/11/23
			DATE DE L'EXECUTION

  

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G
	MONTANTS DES SOINS
	18.000,-
	DATE DU DEVIS
	20/11/23
	DATE DE L'EXECUTION

  

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	
<i>Dr. N. A. Rashed</i> Anglo-Britannique Dentiste N° 6 - Casablanca d'Azemmour - 35/0522915089 Tél: 05 22 90 10 10		<i>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</i>	

IF : 2221555

22/11/2023

Casablanca, le .....

Facture N° 3691/11/2023

**Nom patient : LABIED LATIFA**

**Examen(s) réalisé(s) : RX PANORAMIQUE**

**Date Examen(s) : 22/11/2023**

**Montant : 200 DH**

**Montant Produits : 0,00 DH**

**ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
MONTANT TOTAL :  
DEUX CENTS DIRHAMS**

**RADIOLOGIE HAV HASSANI**  
10, Imm. Communal Route d'Azemmour  
Bd. Sidi Abderrahmane - Casablanca  
Tél. 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07

10, Imm. Communal. Angle route d'Azemmour et Bd. Sidi Abderrahmane - Casablanca

Tél. : 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07 - Fax : 05 22 93 37 13

Pantente : 35 00 38 66 - TVA : 73 39 10 - ICE : 001686337000022

CASABLANCA ,LE : 20/11/2023

Madame LABIED LATIFA

RADIO PANORAMIQUE

RADIOLOGIE HAY HASSANI  
ANFA

10, Inm Communal Route d'Azemmour  
el Bd. Sidi Abderrahmane - Casablanca  
Tél : 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07

Dr TOUIJAR Rachid  
Chirurgien Dentiste  
Angle Bd Sidi Abderrahmane et Rte  
d' Azemmour 10 - Casablanca  
Tél : 0522 98 35 / 0522 91 50 89



*Dr. O. Alami*

Spécialiste en Radiologie  
Lauréate de l'Université Nancy I  
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

*Dr. N. Faris*

Spécialiste en Radiologie  
Lauréate de l'Université Nancy I  
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

Casablanca , le 22/11/2023

**PATIENT** : Mme. LABIED LATIFA  
**MEDECIN TRAITANT** : DR TOUIJAR RACHID  
**EXAMEN(S) REALISE(S)** : RX PANORAMIQUE

**Cher Docteur,**  
**Je vous remercie de nous avoir adressé votre patiente dont voici le résultat de l'examen.**

**Rx PANORAMIQUE DENTAIRE**

**Examen fourni sur film, papier et DVD**

- ❖ Parodontopathie horizontale, modérée diffuse.
- ❖ Matériaux prothétiques et obturations canalaires multiples.
- ❖ Absence d'anomalie péri-dentaire significative notable
- ❖ Procidence modérée des sinus maxillaires.
- ❖ Surcroit d'opacité au niveau du plancher du sinus maxillaire droit.
- ❖ Sinus maxillaire gauche libre.
- ❖ ATM normales.

**Confraternellement**

**DR O. ALAMI**

R  
RHD

RADIOLOGIE  
HABIB HASSANI

LABIED LATIFA



0kV 8,0mA 15,7s 99,6mGy×cm<sup>2</sup>

DATE 22/11/23