

# 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)




**Déclaration de Maladie : N° P19/0007307**

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0492 Société : .....  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....  
Nom & Prénom : EL HENRY Date de naissance : .....  
Adresse : .....  
Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : ...../...../.....

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

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

Nature de la maladie : .....

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 N° P19- 0007307

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 : .....



# 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 ou 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

VOLET ADHERENT

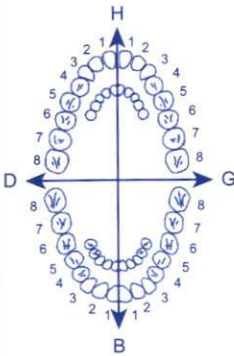
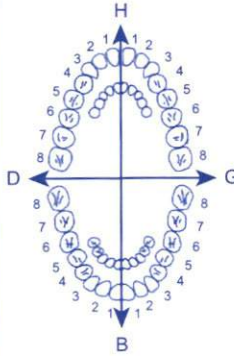
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'O

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H  25533412  00000000  D  00000000  35533411 </div> <div> H  21433552  00000000  G  00000000  11433553  B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 48 240 / 2019 du 12/04/2019

Nom patient : **CHOUEIKH LATIFA**

Entrée 12/04/2019

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 12/04/2019

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Panoramique dentaire	1,00		200,00	200,00
			Sous-Total	200,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>200,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX CENTS DIRHAMS

**Total 200,00**

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	200,00				200,00	0,00

20 SEP, 2019

*Handwritten signatures and initials in red ink.*

*Handwritten signature in black ink.*



## Docteur ABOUELMIR Ahlam

Doctorat de la faculté de Médecine de Casablanca  
Diplôme Universitaire en Implantologie  
Orale et Maxillo Faciale de Toulouse III  
Certificat de Chirurgie Avancée et Dissection  
de la Faculté de Médecine de Bordeaux

### Spécialiste

Implantologie, Soins, Prothèse, Chirurgie  
Orthodontie, Facettes, Invisaligne, hollywood smile



## الدكتورة أبو المير أحلام

حاصلة على دكتوراه في طب الأسنان

بكلية الدار البيضاء

دبلوم جامعي في زراعة الأسنان من كلية الطب بتولوز III  
شهادة الجراحة المتقدمة للأسنان و التثريح  
من كلية الطب ببوردو

### إختصاصية

زراعة الأسنان. علاج وتقويم إعوجاج الأسنان  
تبييض و تجميل الأسنان. عدسات الأسنان. ابتسامة هوليوود

Casablanca, le ..... في الدار البيضاء، في

Rx panoramique

Service Radiologie  
Tél : (+212) 0529004466  
E-mail : www.abouelmir.com

Dr. ABOUELMIR Ahlam  
Chirurgien Dentiste  
Lot. Haj Fateh N°520 Lissasfa  
Casablanca - Tél: 05 22 93 41 33

تجزئة الحاج فاتح، رقم 520، ليسانسفة - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 93 41 33

Lotissement Haj Fateh, N° 520. Lissasfa - Casa- Tél.: 05 22 93 41 33

Gsm : 06 25 74 85 34 - Urgence : 06 48 36 03 41 - E-mail : abouelmir@hotmail.fr

www.centre-abouelmir.com



Casablanca , le 12/04/2019

PATIENT

: CHOUEIKH Latifa

**PANORAMIQUE DENTAIRE**

- Formule dentaire adulte majoritairement édentée.
- Parodontopathie
- Minéralisation normale de la mandibule sans lésion lytique, condensante ou mixte.
- Bases libres des sinus maxillaires.
- Respect des articulations temporo-mandibulaires.
- Absence de granulome apical.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Dr Rami**