

## 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, parodontologie 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 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° W19-453924

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6119 Société : 72 A17

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : ANANE Abdelmajid

Date de naissance : 26-2-62

Adresse : Marrakech

Tél. : 06 61 78 82 47 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin Dr. TAHRI ADJALH

Chirurgien Dentiste  
Implantologie Parodontologie  
Angle Bd. Aly Poursat et Rue Gustave Flaubert  
Casablanca Tel: 022 20 17 89

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/09/2019

Nom et prénom du malade : ANANE Abdelmajid 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 : Casa Le : 17-09-2019

Signature de l'adhérent(e) :



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										
.....	.....	.....	.....	INP : <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>										
.....	.....	.....	.....											
.....	.....	.....	.....											
.....	.....	.....	.....											
.....	.....	.....	.....											

<b>EXECUTION DES ORDONNANCES</b>		
<b>Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur</b>	<b>Date</b>	<b>Montant de la Facture</b>

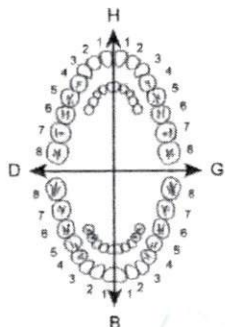
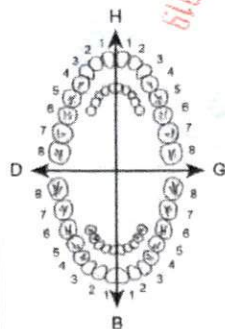
[illegible][illegible]

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 1091477127																								
		Soins buccaux	2	COEFFICIENT DES TRAVAUX																								
		Soins buccaux	2	MONTANTS DES SOINS																								
				DEBUT D'EXECUTION																								
				FIN D'EXECUTION																								
<b>O.D.F.</b> <b>PROTHÈSES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX																								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td></td> <td>B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			D			B	00000000	00000000			35533411	11433553			MONTANTS DES SOINS
	H		G																									
	25533412	21433552																										
	00000000	00000000																										
	D			B																								
	00000000	00000000																										
	35533411	11433553																										
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS																								
				DATE DE L'EXECUTION																								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. TAHIRI Abdelhak

Chirurgien Dentiste

Spécialiste en Parodontologie

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. TAHIRI Abdelali

Chirurgien Dentiste

Parodontitis

~~Angelo Inc. My Yourself at Rue Gustave M...  
Tel: 022 20 17 28~~

**DOCTEUR TAHIRI ABDELALI**

CHIRURGIEN DENTISTE

DIPLÔMÉ DES UNIVERSITÉS DE PARIS

- ORTHODONTIE
- IMPLANTOLOGIE
- PARODONTOLOGIE
- CHIRURGIE BUCCALE
- REHABILITATION ORALE
- DENTISTERIE ESTHÉTIQUE

ANCIEN ATTACHÉ DES HÔPITAUX DE PARIS



**الدكتور الطاهري عبد العالي**

طبيب جراح للأسنان

خريج كليات باريس

زراعة الأسنان

تقويم الأسنان

جراحة الفم واللثة

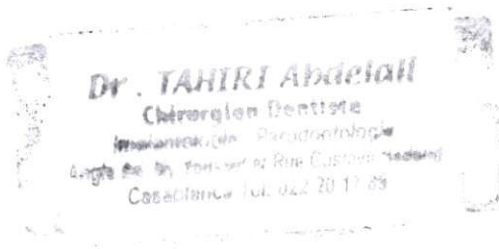
طب الأسنان التجميلي

طبيب سابق بمستشفيات باريس

Casablanca , le 17/09/2019

## **NOTE D'HONORAIRES**

Identification du chirurgien dentiste traitant



Identification du patient

Nom et prénom **ANANE ABDELMAJID**

Date de fin de traitement **17/09/2019**

### **DESCRIPTION PRECISE ET DETAILLEE DES ACTES**

Localisation ou N dents	Nature de l'acte	Cotation	Honoraires
	DETARTRAGE BIMAXILLAIRE	D24	400,00
		D24	400,00DH

**Somme réglée à ce jour :** QUATRE CENTS DIRHAMS

**Le praticien certifie avoir exécuté l'intégralité du traitement**

Signature du chirurgien dentiste

24 SEP 2019

Handwritten signature and initials in red ink, including "D24" circled in red.





DOCTEUR TAHIRI ABDELALI

CHIRURGIEN DENTISTE

DIPLOMÉ DES UNIVERSITÉS DE PARIS

- ORTHODONTIE
- IMPLANTOLOGIE
- PARODONTOLOGIE
- CHIRURGIE BUCCALE
- REHABILITATION ORALE
- DENTISTERIE ESTHÉTIQUE

ANCIEN ATTACHÉ DES HÔPITAUX DE PARIS

الدكتور الطاهري عبد العالي

طبيب جراح للأسنان

خريج كليات باريس

تقويم الأسنان

زراعة الأسنان

جراحة الفم واللثة

طب الأسنان التجميلي

طبيب سابق بمستشفيات باريس



## ORDONNANCE

Casablanca le : 17 SEPT 2019

ANANE ABDELMAJID

1/ Radio Panoramique de la...

Sgt. [Signature]

Centre de Radiologie El Oulfa  
Bd. Oum Rabii - Rue 50 N° 2  
Casablanca - 20220  
Tél: 05.22.93.04.93 - Fax: 05.22.93.04.93

Dr. TAHIRI Abdelali  
Chirurgien Dentiste  
Spécialiste de l'Orthodontologie  
20 Rue Gustave Nadaud - Casablanca  
Casablanca Tél: 05.22.17.89

# CENTRE DE RADIOLOGIE EL OULFA

Docteur Fatiha LASRI

Médecin Radiologue

Diplôme National de Spécialité.

Diplôme Inter-Universitaire spcialisé-Nancy II.

Ex médecin attaché des Hôpitaux de Londres & Amsterdam.

Docteur Bouchaib ELMDARI

Médecin Radiologue

Diplôme National de Spécialité.

Diplôme Inter-Universitaire spcialisé-Nancy II

Ex médecin attaché au CHU Ibn Rochd

Casablanca, le 18/09/2019

## FACTURE N°09060/2019

NOM & PRENOM: ANANE ABDELMJID

EXAMEN	MONTANT
RX. PANORAMIQUE DENTAIRE	200 DH
TOTAL	200 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :DEUX CENTS DH TTC

Centre de Radiologie El Oulfa  
Bd. Oum Rabii - Rue 50 N° 2  
Casablanca - 20220  
Tél: 05 22 93 04 93 - Fax: 05 22 93 56 33

Bd. Oued Oum Rabii – Rue 50, N°2- Oulfa – 20220 Casablanca  
Tél. : 0522 93 04 93 / 05 22 93 05 93 / 05 22 93 32 99 – Fax 0522 93 563  
Capital: 100 000, 00  
Dhs - RC: SCP – TP: 37989156 – IF: 4049398 – ICE: 001581917000057  
E-mail: [radiologie-oulfa@.com](mailto:radiologie-oulfa@.com)