

# 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.

## Diagnostique 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  
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



## Déclaration de Maladie : N° P19- 0003018

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9076 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : NAJI Maryem Date de naissance :  
Adresse : Habituelle  
Tél. : 0661749545 Total des frais engagés : 200,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29 / 7 / 19  
Nom et prénom du malade : NAJI Maryem Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Consultation  
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Accident de la route

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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 27 / 09 / 19



# 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
29/11/19	Consultation	1	Gratuit	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. IBRAHIM Manaf Radiologue	30/12/19	Prothèse dentaire	20000

# AUXILIAIRES MEDICAUX

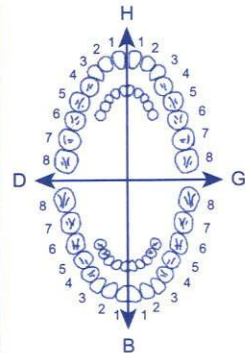
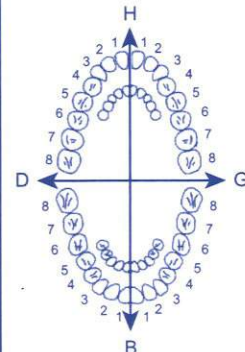
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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

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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANTS DES SOINS														
	<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

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 94 656 / 2019 du 30/07/2019

Nom patient : **NAJI MARYEM**

Entrée 30/07/2019

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 30/07/2019

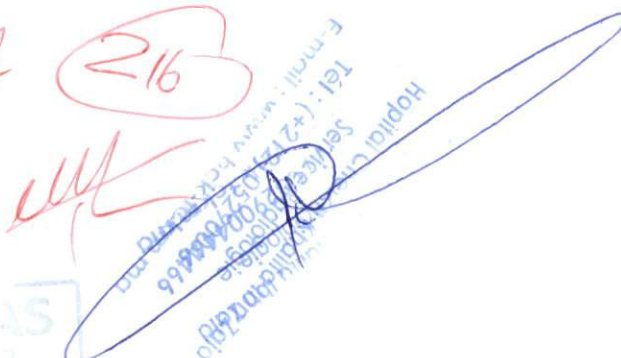
	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Panoramique dentaire	1,00		200,00	200,00
			Sous-Total	200,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>200,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX CENTS DIRHAMS

**Total 200,00**

Encaissements			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			200,00		200,00	0,00

BPA 216  
  
 Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
 Service de Radiologie  
 Tel: (+212) 05 29 03 53 45  
 Fax: (+212) 05 22 89 28 54  
 E-mail: www.hckh.zaid.ma

01 OCT. 2019

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

## ORDRE D'ENCAISSEMENT

190730091743081001

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
1900095356	NAJI MARYEM	30/07/2019

Mode paiement		Montant Dhs
Espèces		200,00
190730091743ME	OE établi par : MER.HAL	





Diplôme de la faculté de médecine  
dentaire de Casablanca  
Diplôme en Orthodontie de l'Université  
de Bourgogne (France)  
Diplôme en Implantologie de  
l'Université Paul Sabatier (Toulouse)

خريج كلية طب الأسنان بالدار البيضاء  
حاصل على دبلوم تقويم الأسنان من جامعة  
بوركون بفرنسا  
حاصل على دبلوم زراعة الأسنان من جامعة  
تولوز

**ORDONNANCE**

Casablanca, le 29/07/2019

Mme Maryem NAJI

**RADIO PANORAMIQUE**

Hopital Cheikh Mohammed Ibn Zaid  
Service Radiologie  
Tel : 05 22 93 48 38  
E-mail : www.hck-fckm.ma

Dr. Hicham AFFAR  
Chirurgien Dentiste  
156, bd. Oum Errabii El Oulfa  
05.22.93.48.39



Casablanca , le 30/07/2019

PATIENT : NAJI Maryem

EXAMEN(S) REALISE(S) : **Panoramique Dentaire**

- Dentition de type adulte
- Réaction périapicale en regard de la 47ème
- Absence de granulome apical.
- Extraction de la 24ème
- Traitement type couronne au niveau de la 25 ème et 37ème
- Bases libres des sinus maxillaires.
- Respect des articulations temporo-mandibulaires.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Dr IBRAHIMI**

Dr. IBRAHIMI Manal  
Radiologue



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

## Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 1907300924037990 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
1900095356	NAJI MARYEM	30/07/2019

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	14632	200,00
PAYANT	Total payé	200,00
DEUX CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : MOH.RHO

HÔPITAL CHEIKH  
Admission Fac