

## 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 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° W19-446619

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : R.A.M

Matricule : 6411 Société : R.A.M

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : ALILECH ABDEL BARI

Date de naissance : 24 JUILLET 1965

Adresse : 561 BLOC A HAY AL HOUDA AGADIR

Tél. : 06 61 67 65 Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 6.8.19

Nom et prénom du malade : ALILECH ABDEL BARI Age : 1965

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 : AGADIR Le : 09/09/19

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

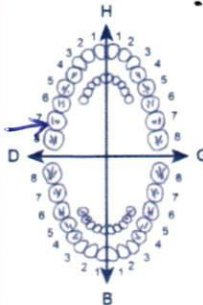


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01.08.19	102.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	31.07.19	230	300.00

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 : Veuillez 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 : 4402186														
		17 denture 278																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text" value="D18"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="409.00"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text" value="6.8.19"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text" value="29.8.19"/>														
Q.O.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
																		
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</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 colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse																		
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														



# CENTRE DE RADIOLOGIE D'AGADIR

SCANNER 16 BARRETTES & DENTASCANNER - I.R.M : RESONANCE MAGNETIQUE NUCLEAIRE - ECHO-DOPPLER

COULEUR ENERGIE - RADIOLOGIE NUMERISEE - MAMMOGRAPHIE NUMERISEE - PANORAMIQUE NUMERISEE

**Dr. FARAH BELAID**  
RADIOLOGUE

**Dr. ANOIR SALEK**  
RADIOLOGUE

Agadir , le:.....

**31 JUILLET 19**

## NOTE D'HONORAIRES

NOM PRENOM : Mr ALILECH ABDELBARI

EXAMEN DEMANDE : PANORAMIQUE

MONTANT REGLE: --- 300 DHS ( TROIS CENT  
DIRHAMS )

**CENTRE DE RADIOLOGIE  
D'AGADIR**  
Imm. V Galeries Inbiâat Av. Hassan II Agadir  
Tél: 0528 84 29 57 Fax : 0528 84 88 71

**Docteur Adnan ZOUGAGHI**  
**Chirurgien Dentiste**

Orthodontie - Chirurgie - Prothèse fixe  
et mobile - Soins - Blanchiment

51, Av. Hassan 1er. Cité Dakhla - Agadir  
Tél. : 05 28 23 05 55



**الدكتور عدنان الزوگافي**  
**طبيب جراحي للأسنان**

تقويم - جراحة - تعويض  
علاج - تبييض الأسنان

51, شارع الحسن الأول حي الدخلة - أكادير  
الهاتف : 05 28 23 05 55

Agadir le, 18.19

M. ALI RACH ABDELBAZ

102.00

1 - Brucelose

2x3 m 1 m 50

Dr ZOUGAGHI Adnan  
Chirurgien Dentiste  
51, Av. Hassan 1er Dakhla  
Agadir Tél. 05 28 23 05 55



صيدلية النجدي  
PHARMACIE ENNAJDI  
51, Av. Hassan 1er, Cité Dakhla  
AGADIR - Tél. 05 28 22 89 97





**Docteur Adnan ZOUGAGHI**  
**Chirurgien Dentiste**

Orthodontie - Chirurgie - Prothèse fixe  
et mobile - Soins - Blanchiment

51, Av. Hassan 1er. Cité Dakhla - Agadir  
Tél. : 05 28 23 05 55



**الدكتور عدنان الزوگافي**  
**طبيب جراحي للأسنان**

تقويم - جراحة - تعويض  
علاج - تبييض الأسنان

51, شارع الحسن الأول حي الدخلة - أكادير  
الهاتف : 05 28 23 05 55

Agadir le, 29.7.19

M<sup>r</sup> - ALILI CH ABDULBARI

1 - R + pansement dentaire.

Dr ZOUAGHI Adnan  
Chirurgien Dentiste  
51 Av. Hassan 1er Dakhla  
Agadir - Tél. 05 28 23 05 55  
29/07/19

**CENTRE DE RADIOLOGIE**  
**D'AGADIR**  
Imm. V Galeries Imbiat Av. Hassan II Agadir  
Tél. : 0528 84 29 57 Fax : 0528 84 86 74