

# 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.

## Pathologie 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.

## Éducation :

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.

## Déclaration de Maladie : 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

D

Déclaration de Maladie : N° P19- 0016076

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1280 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

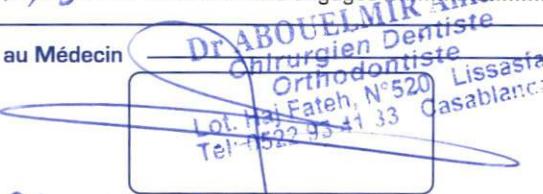
Nom & Prénom : SAYEKH DOSTAPH Date de naissance : 03/10/53

Adresse : TAASSIRA HASBAA RESNOODA EL GNAWI SIDI MOUssa RABAT

Tél. : 0667030743 Total des frais engagés : Dr ABDELMIR Ahlam Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/09/2019

Nom et prénom du malade : JARFAN Fatima Age : 59 ans

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.

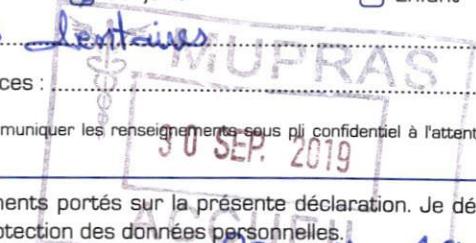
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASA

Le : 23/09/19

Signature de l'adhérent(e) :

Elly



#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

des es	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Signature et signature du Chercheur et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Chet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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

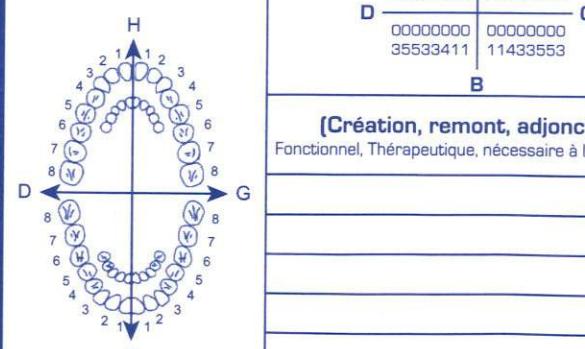
### **Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODE.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
	37	extra	$D_{10}$	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	35	extra	$D_{10}$	MONTANTS DES SOINS
	34	extra	$D_{10}$	1000 DH
	33	extra	$D_1$	
<p style="text-align: center;"> <b>Dr ABOUELMIR Ahlal</b>  <b>Chirurgien Dentiste</b>  <b>Orthodontiste</b>  <b>Lissasta Casablanca</b>  <b>Lot. Haj Fateh, N° 520 Casablanca</b>  <b>Tel: 0522 93 41 33</b> </p>				
<p style="text-align: center;">DEBUT D'EXECUTION</p>				
<p style="text-align: center;">21/09/19</p>				
<p style="text-align: center;">FIN D'EXECUTION</p>				
<p style="text-align: center;">28/09/19</p>				

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE



#### **(Création, remont, adjonction)**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

#### VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur ABOUELMIR AHLAM**

*Chirurgien Dentiste*

*Implantologie, Soins, Prothèse, chirurgie*

*Radio, blanchiment*

*Orthodontie :Adulte et enfant*

**Note D'honoraires**

Date :21/09/2019

Nom : JARFANE FATIMA

Total des soins effectués est

De mille dirhams

1000DH

IF :51489310

ICE :001663718000023

Signature

Dr ABOUELMIR Ahlam  
Chirurgien Dentiste  
Orthodontiste  
Lotto Haj Fateh, N°520 Lissasfa  
Casablanca  
Tel: 0522 93 41 33

**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 التشريح  
 من كلية الطب ببوردو

إختصاصية

زراعة الأسنان، علاج و تقويم اعوجاج الأسنان  
 تبييض و تجميل الأسنان، عدسات الأسنان، ابتسامة هوليود

Casablanca, le :

Dr ABOUELMIR Ahlam  
 Chirurgien Dentiste  
 Orthodontiste  
 Lot Haj Fateh N°520 Lissasfa  
 Tel: 05 22 93 41 33

دار البيضاء، في:

15/09/19

15/09/19

LEVAMOX NGP

50

pcit H



240 219

SV

65,00

anapred 20g

pcit S

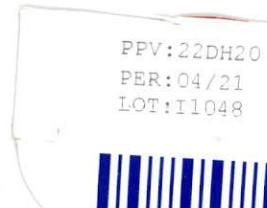
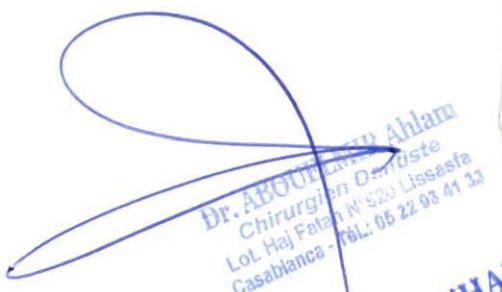
85,00

340ml + 1 Seleptur

SV

22,20

Codolprane 6

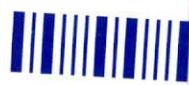


240

(S)

263,10

1890  
1890



05 22 93 41 33 - 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 : 05 48 36 03 41 - E-mail : abouelm...@outlook.fr

[www.centre-abouelmir.com](http://www.centre-abouelmir.com)

18,90