

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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'Horizon  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W19-453920

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3004 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHEMIST SAAD

Date de naissance : 28.02.1972

Adresse : 32 Rue 81 Lt Sidi Abderrahmane

OULFA, CAJA BLANCA

Tél. : 06 62 79 53 57 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin : TAHIRI Abdellah

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/09/2019

Nom et prénom du malade : CHEMIST SAAD

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

Nature de la maladie : Pathologie dentaire

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 : CASABLANCA Le : 16/09/2019

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 : <input type="text"/>

# 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

# 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 : 09471857
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 00000000 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession Couronne Céramo-Métallique Pw 45-46-47-24-16			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text" value="D900"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="20500,00"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text" value="16/09/19"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. TAHIRI Abdelah

Chirurgien Dentiste

Implantologie, Orthodontologie

Implantologie, Orthodontologie

Casablanca Tel: 022 26 17 59



# Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- C = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien  
CS = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)  
CNPSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre  
V = Visite de jour au domicile du malade par le médecin  
VN = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin  
VD = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade  
VD = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié  
PC = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie  
K = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence  
SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme  
AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute  
AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière  
AP = Actes pratiqués par un orthophoniste  
AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste  
R-Z = Electro - Radiologie  
B = Analyses

## POUR L'ADHERENT

- La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.
- Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.
- Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations
- Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

## LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE
- L'HOSPITALISATION EN HOPITAL
- L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU PREVENTORIUM
- SEJOUR EN MAISON DE REPOS
- LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes globaux comportant un ou plusieurs échelons dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

## EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



DATE DE DEPOT  
Reu  
AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANÇA  
TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 26 49 / 2  
FAX : 05 22 91 26 52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMar

FEUILLE DE SOINS 1612149

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : CHEM SI SAAD  
Matricule : 9004 Fonction : ACF Poste : 96  
Adresse : habituelle  
Tél. : 06 62 78 53 57 Signature Adhérent :

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : CHEM SI SAAD Age 28 02 7  
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐  
Date de la première visite du médecin :  
Nature de la maladie : Prothèse  
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances  
A 23 le 23 / 03 / 19  
Durée d'utilisation 3 mois  
Signature et cachet du médecin

### VOLET ADHERENT

DECLARATION 1612149  
Matricule N° : 9004  
Nom du patient : SAAD  
Date de dépôt :  
Montant engagé : 20 500,00  
Nombre de pièces jointes :  
MUPRAS



[illegible][illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Chet et Signature du ataire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
de Radiologie El Oulfa um Rabi 50 N° 2 Casablanca	13/7/19	Rp Pans - Dentaire	200,00
Centre de Radiologie El Oulfa Bd du 20 Août - 50 N° 2 Casablanca - 20220	17/3/19	Rp Pans - Dentaire	250,00

[illegible]

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

**SOINS ET PROTHESES DENTAIRES**

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

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

**O.D.F.**

**PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	D	G
25533412	00000000	21433552
00000000	35533411	00000000
B		

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CCN Smr 35  
CCN Smr 36  
CCN Smr 16  
CCN Smr 24-25  
CCN Smr 45-46-47  
Implant Position 45 et 47

**COEFFICIENT DES TRAVAUX**

**MONTANT DES SOINS**

**DATE DU DEVIS**

**DATE DE L'EXECUTION**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**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 و اللثة

طب الأسنان التجميلي

طبيب سابق بمستشفيات باريس

Casablanca , le 16/09/2019

## **NOTE D'HONORAIRES**

Identification du chirurgien dentiste traitant

Identification du patient

Dr. TAHIRI Abdelali  
Chirurgien Dentiste  
Implantologie, Parodontologie  
Angle Bd. Moulay Youssef et Rue Gustave Nadaud  
Casablanca Tél: 022 20 17 89

Nom et prénom **CHEMSI SAAD**

Date de fin de traitement **16/09/2019**

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

Localisation ou N dents	Nature de l'acte	Cotation	Honoraires
45	CCM	D180	2500,00
46	CCM	D180	2500,00
47	CCM	D180	2500,00
24	CCM	D180	2500,00
16	CCM	D180	2500,00
45	IMPLANT DENTAIRE	D180	4000,00
47	IMPLANT DENTAIRE	D180	4000,00
		D900	20500,00DH

**Somme réglée à ce jour :** VINGT MILLE CINQ CENTS DIRHAMS

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

Signature du chirurgien dentiste

Dr. TAHIRI Abdelali  
Chirurgien Dentiste  
Implantologie, Parodontologie  
Angle Bd. Moulay Youssef et Rue Gustave Nadaud  
Casablanca Tél: 022 20 17 89

# CENTRE DE RADIOLOGIE EL OULFA

**Docteur Fatiha LASRI**

Médecin Radiologue

Diplôme National de Spécialité.

Diplôme Inter-Universitaire spécialisé-Nancy II.

Ex médecin attaché des Hôpitaux de Londres & Amsterdam.

**Docteur Bouchaib ELMDARI**

Médecin Radiologue

Diplôme National de Spécialité.

Diplôme Inter-Universitaire spécialisé-Nancy II

Ex médecin attaché au CHU Ibn Rochd

Casablanca, le 13/07/2019

## FACTURE N°08278/2019

NOM & PRENOM: CHEMSI SAAD

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 31

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)

# 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 17/03/2018

## FACTURE N°02744/2018

NOM & PRENOM: CHEMSI SAAD

EXAMEN	MONTANT
RX. PANORAMIQUE DENTAIRE	250 DH
TOTAL	250 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :DEUX CENT CINQUANTE DH TTC

Centre de Radiologie El Oulfa  
Bd. Oum Rabii - Rue 50 N° 2  
Casablanca 20220  
Tél: 05.22.93.04.93 - Fax: 05.22.93.54.94

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 563Capital: 100 000, 00  
Dhs - RC: SCP – TP: 37989156 – IF: 4049398 – ICE: 001581917000057  
E-mail: [radiologie-oulfa@.com](mailto:radiologie-oulfa@.com)