

## 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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.

BORDJES : 10 rue Ali Ben Abdellah - 35000 Bordj - Algérie  
Tél : 05 22 20 45 45 (16L) - Fax : 05 22 22 75 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-436567

D

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 026441 Société : \_\_\_\_\_

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : \_\_\_\_\_

Nom & Prénom : OKBA Abdelmalek

Date de naissance : 30/04/1959

Adresse : Habituels

Tél : 0668982821 Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : \_\_\_\_\_

Nom et prénom du malade : M<sup>r</sup> OKBA Abdelmalek 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 : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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 |
| 25/11/19                       | Consulte          |                       | G                               | INP: 094177573                                                 |

| EXECUTION DES ORDONNANCES                                                                                                                                                                                        |          |                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur                                                                                                                                                                        | Date     | Montant de la Facture |
| <br><b>PHARMACIE LES PALMIERS</b><br><b>Nadia GOURANI</b><br>Mississin Zouboir Groupe<br>12 Oulfa - Casablanca<br>SA 47 07 80 25 | 25/07/19 | 250,90                |
|                                                                                                                                                                                                                  |          |                       |
|                                                                                                                                                                                                                  |          |                       |
|                                                                                                                                                                                                                  |          |                       |
|                                                                                                                                                                                                                  |          |                       |

[illegible]

| AUXILIAIRES MEDICAUX                |                   |        |     |    |    |                                    |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|----|----|------------------------------------|
| Cachet et signature<br>du Particien | Date des<br>Soins | Nombre |     |    |    | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|                                     |                   | A M    | P C | IM | IV |                                    |
|                                     |                   |        |     |    |    |                                    |
|                                     |                   |        |     |    |    |                                    |
|                                     |                   |        |     |    |    |                                    |
|                                     |                   |        |     |    |    |                                    |
|                                     |                   |        |     |    |    |                                    |

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

| RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES                                                                                                           |                                                                                                                 |                           |              |                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|--------------|--------------------------------|
| Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.                                     |                                                                                                                 |                           |              |                                |
| <b>Important :</b><br>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'O.D.F. |                                                                                                                 |                           |              |                                |
| SOINS DENTAIRES                                                                                                                          | Dents<br>Traitées                                                                                               | Nature des<br>Soins       | Coefficient  | INP : 094197573                |
| <p>Rt + Ext<br/>Sep<br/>Rax<br/><br/>Lt + obtur +<br/>Rax</p>                                                                            | 3 6                                                                                                             | Rx + Ext<br>Sep<br>détail | D3 +<br>D20- | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX D53 |
|                                                                                                                                          | 3 5                                                                                                             | Rx + obtur                | D3 + D12     | MONTANTS<br>DES SOINS 900,-    |
|                                                                                                                                          | 3 5                                                                                                             | Rx + obt                  | D3 + D12     |                                |
|                                                                                                                                          |                                                                                                                 |                           |              | DEBUT<br>D'EXECUTION 25/7/19   |
|                                                                                                                                          |                                                                                                                 |                           |              | FIN<br>D'EXECUTION 30/9/19     |
| O.D.F.<br>PROTHESES DENTAIRES                                                                                                            | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>MASTICATOIRE                                                                    |                           |              |                                |
|                                                                                                                                          | H<br>25533412   21433552<br>00000000   00000000<br>D ----- G<br>00000000   00000000<br>35533411   11433553<br>B |                           |              | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX     |
|                                                                                                                                          | [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession                        |                           |              | MONTANTS<br>DES SOINS          |
|                                                                                                                                          |                                                                                                                 |                           |              | DATE DU<br>DEVIS               |
|                                                                                                                                          |                                                                                                                 |                           |              | DATE DE<br>L'EXECUTION         |
|                                                                                                                                          |                                                                                                                 |                           |              |                                |



# Cabinet Dentaire AL YASSER

**Dr Mohamed ABDELHAY**

Chirurgien Dentiste

Diplôme Universitaire en Implantologie

Résidence Mansouria 3<sup>e</sup> étage 8 A

Place Al yasser, Bd Mohamed Mahroud

Belvédère - Casablanca

Tél. : 0522 40 72 56 - Fax : 0522 40 75 71

Sur RENDEZ-VOUS



PPV: 168,20 DH  
LOT: 611230  
PER: 10/20

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance

...كيس... مرة في اليوم يتناول من الأفضل على الأقل...  
Lire attentivement la notice avant emploi.  
Prendre de préférence au début des repas.  
pendant ..... jours.  
sachet(s) ..... fois par jour à

**AUGMENTIN**  
AMOXICILINE ASSOCIÉE A L'ACIDE CLAVULANIQUE

1g / 125 mg

بالعود

Casablanca, le 25/10/19. الدار البيضاء في

**BUCCO  
THYMOL**

à la Lidocaïne 150 ml

Solution pour bain de bouche  
et gargarismes

18,90

Mr ENBA  
Abdelmalek

SV

168,20 Augmentin 1g

**METROZAL®**  
Métronidazole 250mg  
Boîte de 20 comprimés  
PPV: 18,30 DH  
6 118000 190578

25/8

SV

18,30 Metrozal 250

**PHARMACIE LES PARENTS**  
Nadia GOURANI  
234 E Lotissement Zoubeir  
Groupe Addoha Oufia - Casablanca  
Gsm: 06 67 07 50 25

LOT: M0490  
EXP: OCT 2021  
PPV: 45,50 DH

200

SV

45,50 Caraflex 200

**Dr. ABDELHAY Mohamed**  
Chirurgien Dentiste - Implantologiste  
Rd. Mansouria 3<sup>e</sup> étage 8 A, Place Al Yasser  
Tél: 05 22 40 72 56 - 05 22 40 75 71  
CASABLANCA

18,90 Bucco Thymol

SV

250,90

# Cabinet Dentaire AL YASSER

**Dr Mohamed ABDELHAY**

Chirurgien Dentiste

Diplôme Universitaire en Implantologie

Résidence Mansouria 3° étage 8 A

Place Al yasser, Bd Mohamed Mahroud

Belvédère - Casablanca

Tél. : 0522 40 72 56 - Fax : 0522 40 75 71



عيادة طب الأسنان آل ياسر

الدكتور محمد عبد الحي

طبيب جراح للأسنان

اختصاصي في زراعة الأسنان

إقامة المنصورية الطابق الثالث A8

ساحة آل ياسر. شارع محمد محروود

بلفدير - الدار البيضاء

الهاتف : 0522 40 72 56 - الفاكس : 0522 40 75 71

**Sur RENDEZ-VOUS**

**بالموعد**

Casablanca, le 30/09/19, ..... في الدار البيضاء.

Mr OKBA Abdelmalik

Note honorari

Recu de Mr OKBA la somme de  
vingt euro pour ses honoraires  
(voir feuille ts fin)

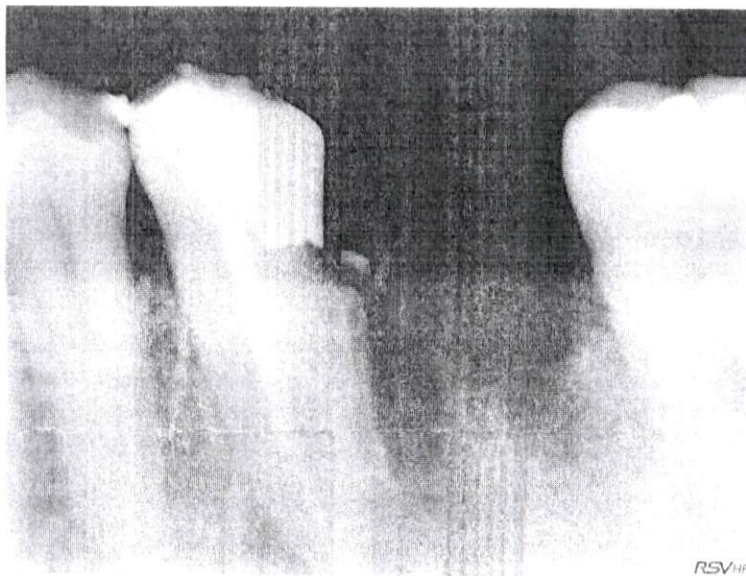
08 OCT. 2019

BON

D34  
P26

Dr. ABDELHAY Mohamed  
Chirurgien Dentiste Implantologiste  
Res. Mansouria 3° étage 8 A - Place Al Yasser  
Tél: 05 22 40 72 56 - Fax : 05 22 40 75 71  
CASABLANCA

V



RSV<sup>HR</sup>

Date de prise du cliché 29/07/2019

Dents  
Commentaires

Dr. ARDEJAY Mohamed  
Chirurgien Dentiste  
Rés. Mansouria 571  
Tél: 05 22 40 72 56 - 05 22 40 72 57  
CASABLANCA



RSV/HR

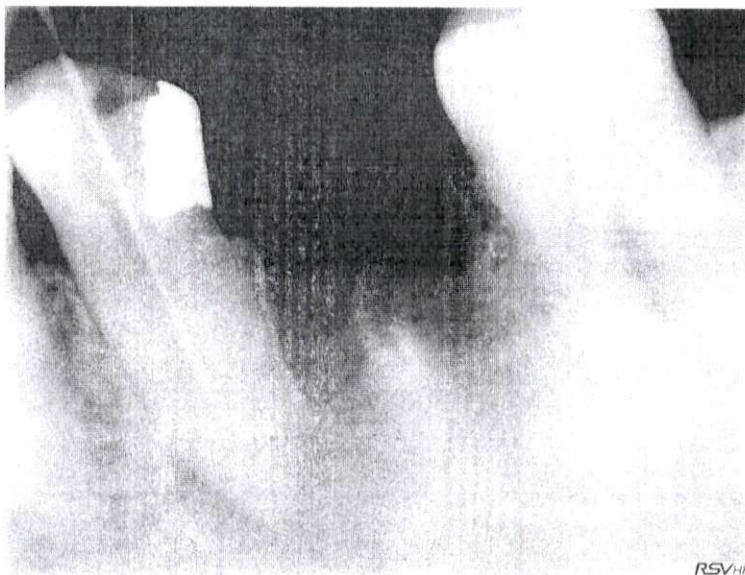
Date de prise du cliché : 25/07/2019

Dents

Commentaires

**DR. ABDELHAY Mohamed**  
Chirurgien-Dentiste-Orthodontiste  
Rue Mohammed VI, Place du Vaisier  
Tél: 05 22 49 71 56 - 05 22 50 75 71  
**CASA BLANCA**

V



RSVHR

Date de prise du cliché 29/07/2019

Dents :  
Commentaires :

**Dr. ABDELHAY Mohamed**  
Chirurgien-Dentiste inscrit, spécialiste  
Res. Maxillaire - 4, place A. FASSER  
tel: 05 22 40 72 55 - 05 22 40 75 71  
**CASA BLANCA**