

# 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.

## Biologie 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.

## Prothèse :

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- 0026840

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05000 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite anticipée

Nom & Prénom : MOUHINE Abdelhak

Date de naissance : 02/03/1961

Adresse : Lot. Nidi Abderrahmane rue 25 N° 26 oulfa

Tél : 06 62 89 11 81 Total des frais engagés : 743,2 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/10/2019

Nom et prénom du malade : Hamane Amine Age :

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

Nature de la maladie : Extrait

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 : 15 / 10 / 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
15/10/19	ENT	D <sub>10x4</sub>	600,00	
	(14+15+16+17)			

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/10/19	143,20

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

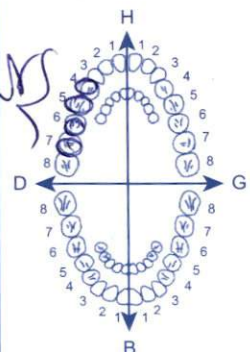
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient										
	14		D <sub>10</sub>	COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION									
	15	EXV	D <sub>10</sub>										
	16		D <sub>10</sub>										
	17		D <sub>10</sub>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES													
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS									
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>					H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B
H													
25533412 00000000	21433552 00000000												
D	G												
00000000 35533411	00000000 11433553												
B													
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

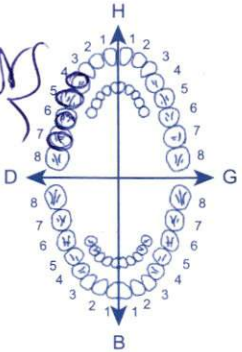

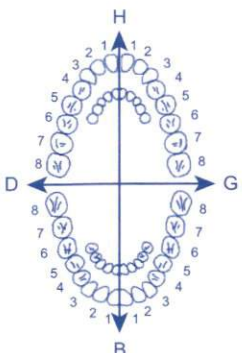
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'

# 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																	
	J14		D10	COEFFICIENT DES TRAVAUX <span>① 10x4</span>																
	J15	ex V	D10																	
	J16		D10																	
	J17		D10																	
				MONTANTS DES SOINS <span>600,000</span>																
				DEBUT D'EXECUTION <span>11/10/19</span>																
				FIN D'EXECUTION <span>17/10/19</span>																
																				
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX																
	<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 colspan="2">D</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> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		MONTANTS DES SOINS
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	(Création, remont, adjonction) 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



Dr. Hajar Oukettou Ep. Azzabi

Chirurgie dentaire et orthodontie

Diplômée de la Faculté de Médecine Dentaire de Rabat

Ex-Médecin attachée à la Mutuelle de l'ONCF



الدكتورة هاجر وكطو  
جراحة وتقويم إعوجاج الأسنان  
خريجة كلية طب الأسنان بالرباط  
طبيبة سابقة لدى تعاضدية السكك الحديدية

Casablanca, le : 16/10/19

## Ordonnance

Dr. OUKETTOU Hajar

Chirurgie Dentaire et Orthodontie

Lot Habiba - Imm. 115 Haj Fateh -  
Olfa - Casablanca

Tél.: 05 22 90 90 46

99,00

Am

Hannane Achou

①

Acclau (1g)

44,20

②

215 pht 7pus

Difal (10mg)

213 pht 6pus

T = 143,20

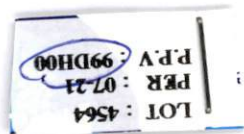


Dr. OUKETTOU Hajar  
Chirurgie Dentaire et Orthodontie  
Lot Habiba, Imm. 115 Haj Fateh  
Olfa - Casablanca  
Tél.: 05 22 90 90 46

N° 115, Lotissement Habiba - Haj Fateh - Olfa - Casablanca

رقم 115 , تجزئة حبيبة - الحاج فاتح - الولفة - الدار البيضاء

Tél : 0522-90-90-46





# CABINET DENTAIRE DR HAJAR OUKETTOU

Facture N° : 19/10/0727

Casablanca le

19/10/19  
Dr. OUKETTOU Hajar  
Chirurgie Dentaire et Orthodontie  
Patient: Hannane  
Lot Habiba, Im. 115 Haj Fateh  
Oulfa - Casablanca  
Tél.: 05 22 90 90 46

Acte	N° Dent	Honoraires
ENT	514 515 516 517	600,00 Dir
Total		600,00 Dir

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Durhaus

600,00 Dir  
Sia ut

N° 115, Lotissement Habiba, Haj Fateh Oulfa - Casablanca

IF : 18716758 - ICE : 001262644000038 - T.P : 36227518 - INPE : 094169539 - CNSS : 4947216

Tél : 05.22.90.90.46