

# 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.

## Education :

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

Déclaration : 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° P19-0027014

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12576 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : S. Nou Adul

Date de naissance :

Adresse : Cité El Waha n° 232, ALIA Mohammadia

Tél. : 0667762410 Total des frais engagés : 300 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : SALHI 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

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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Net du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Médecin et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	19/05/2019	Radiographie panoramique	3000 de.

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## VOLET ADHERENT

entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs es 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
		consultation	C <sub>4</sub>	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANT DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION

  

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																						
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	H		H	25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H		H																				
	25533412		21433552																				
	00000000		00000000																				
	D		G																				
	00000000		00000000																				
	35533411		11433553																				
	B																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





# SOKAPHARM

**Dr. Mourad SEBBAR**  
**CHIRURGIEN DENTISTE**  
 Central Park Bd Abdelmoumen  
 Imm M 1<sup>er</sup> Etage N° 7 MOHAMMEDIA  
 Tél : 05 23 31 15 68

Le. 17/05/19  
 Nom. SALHI LATIFA

## GENCIVES ENFLAMMÉES ET SAIGNANTES



- ☐ **KIN Gingival Bain de Bouche** - 250 ml - 500 ml  
15 ml sans dilution 2 à 3 fois /jour pendant 60 secondes, Ne pas rincer après son utilisation
- ☐ **KIN Gingival Pâte Dentifrice** - 75 ml  
Se brosser les dents deux à trois fois par jour pendant 2 à 3 semaine

## PROBLÈMES PARDONTAUX LOCALISÉS



- ☒ **PERIOKIN Gel** - 30 ml  
Appliquer le gel 2 à 3 fois/ jour sur la zone affectée. Ne pas rincer après son application
- ☐ **PERIOKIN Spray** - 40 ml  
2 Pulvérisations 3 à 4 fois/ jour

## TRAITEMENT DES DENTS SENSIBLES



- ☐ **SENSIKIN Bain de Bouche** - 250 ml  
15 ml sans dilution 2 fois/ jour pendant 60 secondes. Ne pas rincer après son utilisation
- ☐ **SENSIKIN Pâte Dentifrice** - 75 ml  
Se brosser les dents 3 fois/ jour pendant 2 à 3 minutes, pâte dentifrice à usage quotidien
- ☐ **SENSIKIN Gel** - 30 ml  
Appliquer le gel 2 à 3 fois/ jour sur la zone sensible. ne pas rincer après son application

## DENTS BLANCHES



- ☐ **KIN BLANCHEUR - Pâte Dentifrice** - 75 ml  
Se brosser les dents 3 fois/ jour pendant 2 à 3 minutes, pâte dentifrice à usage quotidien

## HYGIÈNE ET RENFORCEMENT DES GENCIVES



- ☐ **KIN ALOE VERA Bain de Bouche** - 500 ml  
15 ml sans dilution 2 fois /jour Pendant 60 secondes, Ne pas rincer après son utilisation
- ☐ **KIN ALOE VERA Pâte Dentifrice** - 125 ml  
Se Brosser les dents 3 fois/ jour pendant 2 à 3 minutes, pâte dentifrice à usage quotidien

## KIN BROSSÉ À DENTS



- ☐ MEDIUM
- ☐ SOUPLE
- ☐ POST-CHIRURGICALE
- ☐ ORTHODONTIQUE

## KIN BROSSETTES INTERDENTAIRES



- ☐ **MICROPROX**  
0,9 mm espace  
interdentaire



- ☐ **MINIPROX**  
1,1 mm espace  
interdentaire



- ☐ **CONIQUE**  
1,3 mm espace  
interdentaire



Clinique Dentaire  
**DUPARC**

[www.parkdentalclinic.ma](http://www.parkdentalclinic.ma)

📍 Central Park, Bd Abdelmoumen  
Imm M, 1er étage N° 7, Mohammedia

📞 05 23 31 15 68

✉ [info@parkdentalclinic.com](mailto:info@parkdentalclinic.com)

Mohammedia le 17/05/2019

Patient (e) : **SALHI Latifa**

### Note d'honoraires 527/19

Je soussigné **Dr SEBBAR Mourad** certifie avoir reçu la somme de **400 dhs (quatre cents dirhams)** et ce pour les actes suivant

- Consultation .
- Radiographie panoramique.
  
- Celle-ci est délivrée à l'intéressé (e), pour servir et faire valoir ce que de droit.

Cachet et signature

ICE : 002068020000055

IF : 18756577

INPE : 094183662

**Dr. Mourad SEBBAR**  
CHIRURGIEN DENTISTE  
Central Park Bd Abdelmoumen  
Imm M 1er Etage N° 7 MOHAMMEDIA  
Tél : 05 23 31 15 68



Clinique Dentaire  
**DUPARC**

[www.parkdentalclinic.ma](http://www.parkdentalclinic.ma)

📍 Central Park, Bd Abdelmoumen  
Imm M, 1er étage N° 7, Mohammedia

📞 05 23 31 15 68

✉ [info@parkdentalclinic.com](mailto:info@parkdentalclinic.com)

Mohammedia le 17/05/2019

**PATIENT (E) : SALHI Latifa**

**EXAMEN (S) REALISE (S) : Radio panoramique**

## COMPTE RENDU

### RADIOGRAPHIE PANORAMIQUE DENTAIRE

- Lyse osseuse moyenne généralisée.
- Image radio clair coronaire et au niveau distal de la 46 et mésial de la 47.
- Les dents absentes : 35,25.
- Les fonds des sinus maxillaires sont libres.
- Aspect radiologique normal des A.T.M.

Cachet et signature

**Dr. Mourad SEBBAR**  
CHIRURGIEN DENTISTE  
Central Park Bd Abdelmoumen  
Imm M 1er Etage N° 7 MOHAMMEDIA  
Tél : 05 23 31 15 68





**Dr. Mourad SEBBAR**  
CHIRURGIEN DENTISTE  
Central Park Bd Abdelmoumen  
Imm M 1er Etage N° 7 MOHAMMEDI  
Tél : 05 23 31 15 68