

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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

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

Nº P19- 0045497

RIID

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2585

Société : Rom

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENCHEKOUN Fatiha

Date de naissance : 28.1.1957

Adresse : 180 Rue ENNASERINE HAY LAHA CASABLANCA

Tél. : 0689380990

Total des frais engagés : 1077,20 Dhs

## Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 08.01.2020

Nom et prénom du malade : CHE RKAOUI Abdellah Zak Age: 69 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Cari dentaires

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 13/01/2020.

Signature de l'adhérent(e) :

14 JAN. 2020

## RELEVE 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| Mme. Alain Soudan Simra<br>Docteur en Pharmacie<br>13, Rue Alfredo Beccaria<br>Casablanca - Tel : 05 22 35 08 70 | 03/10/2000 | AF. 2                 |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>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

| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient                     |
|---|----------------|------------------|---------------------------------|
|  | 12             | pdp<br>tot<br>+R | D30<br>+D6                      |
|   |                |                  | COEFFICIENT DES TRAVAUX<br>D36  |
|   |                |                  | MONTANTS DES SOINS<br>1000      |
|   |                |                  | DEBUT D'EXECUTION<br>08/01/2012 |
|   |                |                  | FIN D'EXECUTION<br>13/01/2012   |

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

|          |          |
|----------|----------|
|          | H        |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D        |          |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

The diagram shows a branched polymer chain with atoms labeled 1 through 8. A vertical arrow labeled 'H' points upwards from atom 1. A horizontal arrow labeled 'D' points to the left from atom 8. The chain consists of a central vertical column of atoms 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, and 8, with a horizontal branch extending to the left from atom 4. Atoms 1, 3, 5, and 7 have small circles above them, while atoms 2, 4, and 6 have small circles below them. Atoms 1, 3, 5, and 7 also have small circles to their right, and atoms 2, 4, and 6 have small circles to their left.

(Création, remont, adjonction)

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

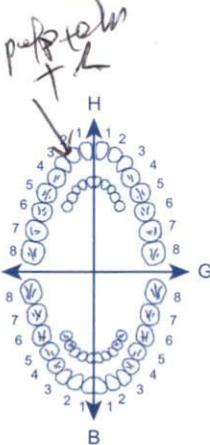
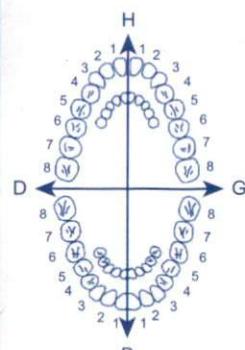
DATE DU  
DEVIS

# 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées   | Nature des Soins   | Coefficient   |   |   |          |          |          |  |          |   |          |          |   |  |
|--|--|--|---|---|---|----------|----------|----------|--|----------|---|----------|----------|---|--|
|    | 12<br>+ 14<br>+ 12   | pulp<br>+ OA<br>+ R  | D30<br>+ D6   | COEFFICIENT DES TRAVAUX<br><span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">D36</span>  |   |          |          |          |  |          |   |          |          |   |  |
|  |  |  |   | MONTANTS DES SOINS<br><span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">10000 DT</span>  |   |          |          |          |  |          |   |          |          |   |  |
|  |  |  |   | DEBUT D'EXECUTION<br><span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">08/01/2020</span> |   |          |          |          |  |          |   |          |          |   |  |
|  |  |  |   | FIN D'EXECUTION<br><span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">13/01/2020</span>   |   |          |          |          |  |          |   |          |          |   |  |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |  |   |   |   |          |          |          |  |          |   |          |          |   |  |
|   | <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">H</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">25533412</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">B</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table> | H  | 25533412  | 21433552  | D | 00000000 | 00000000 | 00000000 |  | 00000000 | B | 35533411 | 11433553 | COEFFICIENT DES TRAVAUX<br><span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></span> |  |
| H  | 25533412   | 21433552   |   |   |   |          |          |          |  |          |   |          |          |   |  |
| D  | 00000000   | 00000000   |   |   |   |          |          |          |  |          |   |          |          |   |  |
| 00000000   |  | 00000000   |   |   |   |          |          |          |  |          |   |          |          |   |  |
| B  | 35533411   | 11433553   |   |   |   |          |          |          |  |          |   |          |          |   |  |
|  | <p style="text-align: center;"><b>[Création, remont, adjonction]</b></p> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  | MONTANTS DES SOINS<br><span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></span>   |   |   |   |          |          |          |  |          |   |          |          |   |  |
|  |  |  | DATE DU DEVIS<br><span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></span>       |   |   |          |          |          |  |          |   |          |          |   |  |
|  |  |  | DATE DE L'EXECUTION<br><span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></span> |   |   |          |          |          |  |          |   |          |          |   |  |
| <b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>  |  | <b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>   |   |   |   |          |          |          |  |          |   |          |          |   |  |
| <i>Dr. KADRI KADDOUSSI</i><br><i>Cabinet Dr. KADRI KADDOUSSI</i><br><i>202, Bd. Yacoub El Mâlik - 10ème étage</i><br><i>Bs. 1000 - Casablanca - Maroc</i><br><i>Tel: +212 33 87 12 22 94</i> |  | <i>Dr. KADRI KADDOUSSI</i><br><i>Cabinet Dr. KADRI KADDOUSSI</i><br><i>202, Bd. Yacoub El Mâlik - 10ème étage</i><br><i>Bs. 1000 - Casablanca - Maroc</i><br><i>Tel: +212 33 87 12 22 94</i> |   |   |   |          |          |          |  |          |   |          |          |   |  |

PPV: 55,00 DH  
LOT: 621932  
PER: 03/21

PPV: 22DH20

PER: 06/21

LOT: I1514

22,20

كتورة قادری قدیوی سمی  
طبية جراحية للأسنان  
اخصائية في زراعة وتقديم الأسنان



Chirurgie - Implant - Prothèse - Orthodontie - Blanchiment

Dr. KADRI KADDIOUI  
13, Rue Amara's Beauséjour  
Dentist en Pratique  
PHARMACIE AL AMNA  
Souscrire à la Pharmacie  
13, Rue Amara's Beauséjour  
Tél: 05 22 39 08 10

## Ordonnance

Abderazak RACHER KADRI  
le 01/01/2020

55,00

- ANOXIL

S.V

22,20

- CODOCIPRAN

S.V

de

Dr. KADRI KADDIOUI Dentiste  
Chirurgien Dentiste  
202, Bd Yacoub El Mansour 2 ème Etage  
El Jadida 24000  
Fax: 0522 94 22 03

T: 77.20

شارع يعقوب المنصور الطابق الثاني-الشقة 16-الهاتف: 05 22 94 22 03  
262, Bd Yacoub El Mansour 2 ème étage - Appt 16 - Tél / Fax : 05 22 94 22 03



Identifiant fiscal 51146555

TCE 0016 55 348 00000 3

Palente 34808947

Chirurgie - Implant - Prothèse - Orthodontie - Blanchiment

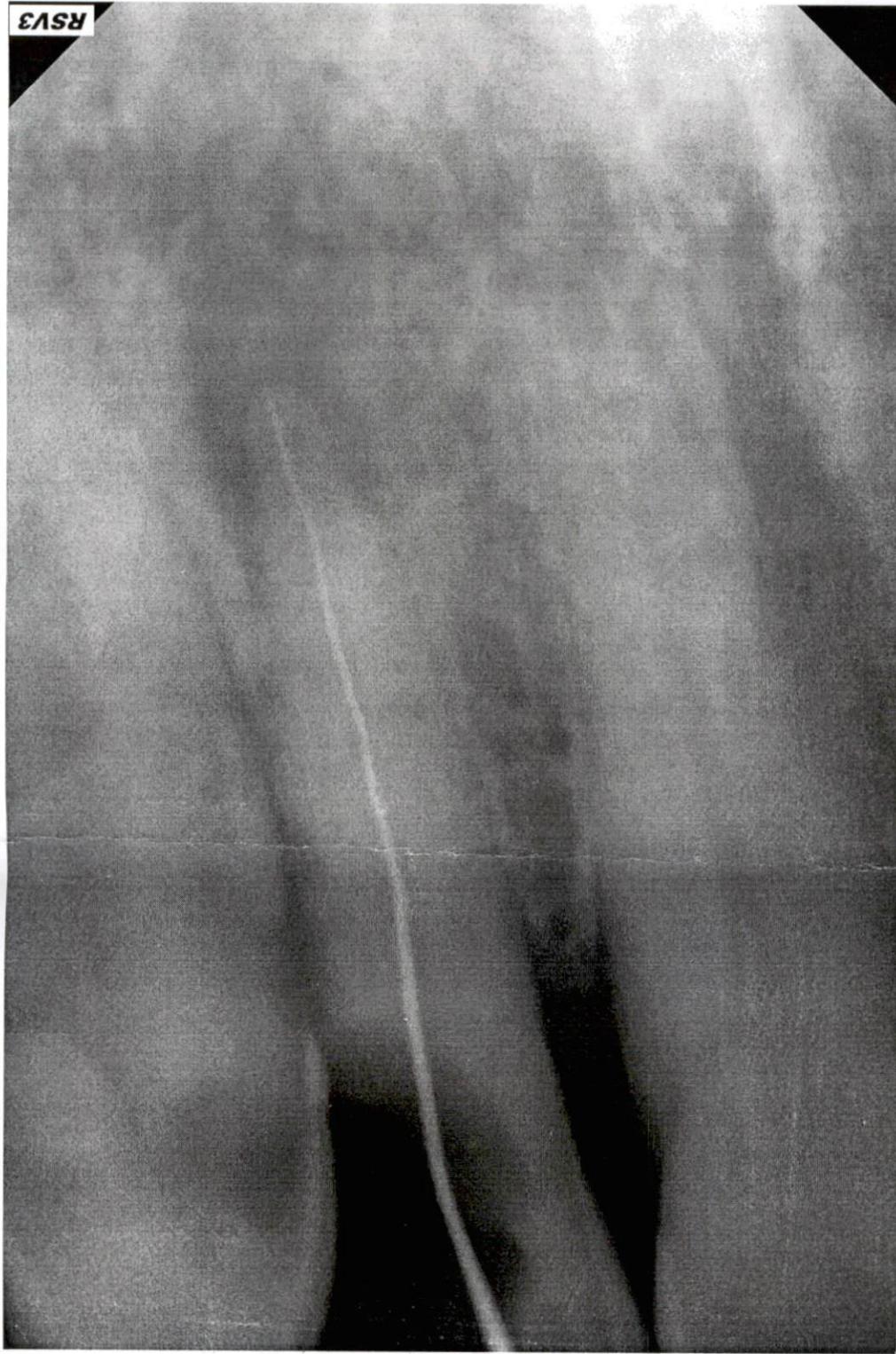
Facture 1/20

## Ordonnance

Facture le 13/01/2020

à la suite du docteur KADRI SOUMYA  
avoir réalisé de son dentiste en date  
du 07/01/2020 au 13/01/2020 dont le  
montant total n'a été à la somme  
de 2000 milliards (1000 net)  
ARRÊTÉE LA PRÉSENTE FACTURE  
A LA SOMME DE 2000 milliards  
(1000 net)

Dr. KADRI KADDIOUI Soumya  
Chirurgien Dentiste  
22, Bd. Yacoub El Mansour 2ème Etage  
Beausjour - Casablanca  
Tél : 0522 94 22 03  
Fax : 0522 94 22 03



Date de prise du cliché : 08/01/2020

Dents :

Commentaires : radio12 lime en place

Dr. KADRI KADDIOUI Soumya  
Chirurgien Dentiste  
262 Bd Yaacoub El Mansour Casablanca  
Téléphone : 03 87 73 72 Fax : 05 22 22 10 00