

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Consignes 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.

## Prescription :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.  
Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Pathologie 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.

## Orthodontie :

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 dentaire :

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

- Reclamation : 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'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



**Déclaration de Maladie**  
N° P19-0037077

- ☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07364 Société : R.A.M.  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : MENOUNY AMINE  
Date de naissance : 23/05/1970  
Adresse :  
Tél : 0666966842 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 03 / 07 / 2019  
Nom et prénom du malade : MENOUNY RITA Age: 12 ans  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
Nature de la maladie : DDM  
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : RAS  
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) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-037077

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :  
Nom de l'adhérent(e) :  
Total des frais engagés :  
Date de dépôt :



# 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

et du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

et signature du soire 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	

VOLET ADHERENT

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.

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
	Bilan ODF	D <sub>45</sub>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">D<sub>45</sub></span>														
	Radio panoramique																
																	
Dr Zouhair ABIDINE Orthodontiste Exclusive 105 Avenue 2 mars 2ème étage App. Casablanca Tel 0522 80 58 06																	
MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1000,00 Dhs</span>																	
DEBUT D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Analyse céphalométrique</span>																	
FIN D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Plan de traitement</span>																	
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES																	
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>				H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B
H	H																
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D	G																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B	B																
(Création, remonte, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </span>																	
MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">231</span>																	
DATE DU DEVIS <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </span>																	
DATE DE L'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </span>																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr. ABIDINE ZOUHAIR

Spécialiste en Orthopédie Dento-Faciale  
Orthodontie de l'adulte et de l'enfant  
Master Européen Damon, Madrid  
Master Européen en Orthodontie Invisible  
Invisalign, Malaga  
Membre du Collège Européen d'Orthodontie



Casablanca, le 20.03.07.2019

## Facture

Je soussigné avoir reçu de Monsieur Noury Amine  
la somme de mille dirhams (1000,00 DH)  
pour le Bilan ODF de son enfant Rita Noury

fournir Complément du Bilan ODF  
(analyse céphalique + plan de t°)

20 SEP. 2019

Dr Zouhair ABIDINE  
Orthodontiste Exclusive  
105 Avenue 2 mars 2ème  
étage App 5 casablanca  
Tel 0522 80 58 06

CPK t du  
Bilan  
non fourni

BRL

231

105 Avenue 2 Mars, 2ème Etage, Appt 5, Casablanca

Tel. +212 5 22 805 806

Mail. info@dentalclinic2mars.com

Web. www.dentalclinic2mars.com



## Dr. ABIDINE ZOUHAIR

Spécialiste en Orthopédie Dento-Faciale  
Orthodontie de l'adulte et de l'enfant  
Master Européen Damon, Madrid  
Master Européen en Orthodontie Invisible  
Invisalign, Malaga  
Membre du Collège Européen d'Orthodontie



Casablanca, le 12.05.2013

### Compte Rendu

#### Panorame

- 48, 38, 27 en état de germe.
- 13, 23 incluse
- 18: absente.

#### Radiographie de profil

Biprisme alvéolaire maxillaire et mandibulaire.

Dr Zouhair ABIDINE  
Orthodontiste Exclusive  
105 Avenue 2 mars 2ème  
etage App 5 casablanca  
Tel 0522 80 58 06

105 Avenue 2 Mars, 2ème Etage, Appt 5, Casablanca

Tel. +212 5 22 805 806

Mail. [info@dentalclinic2mars.com](mailto:info@dentalclinic2mars.com)

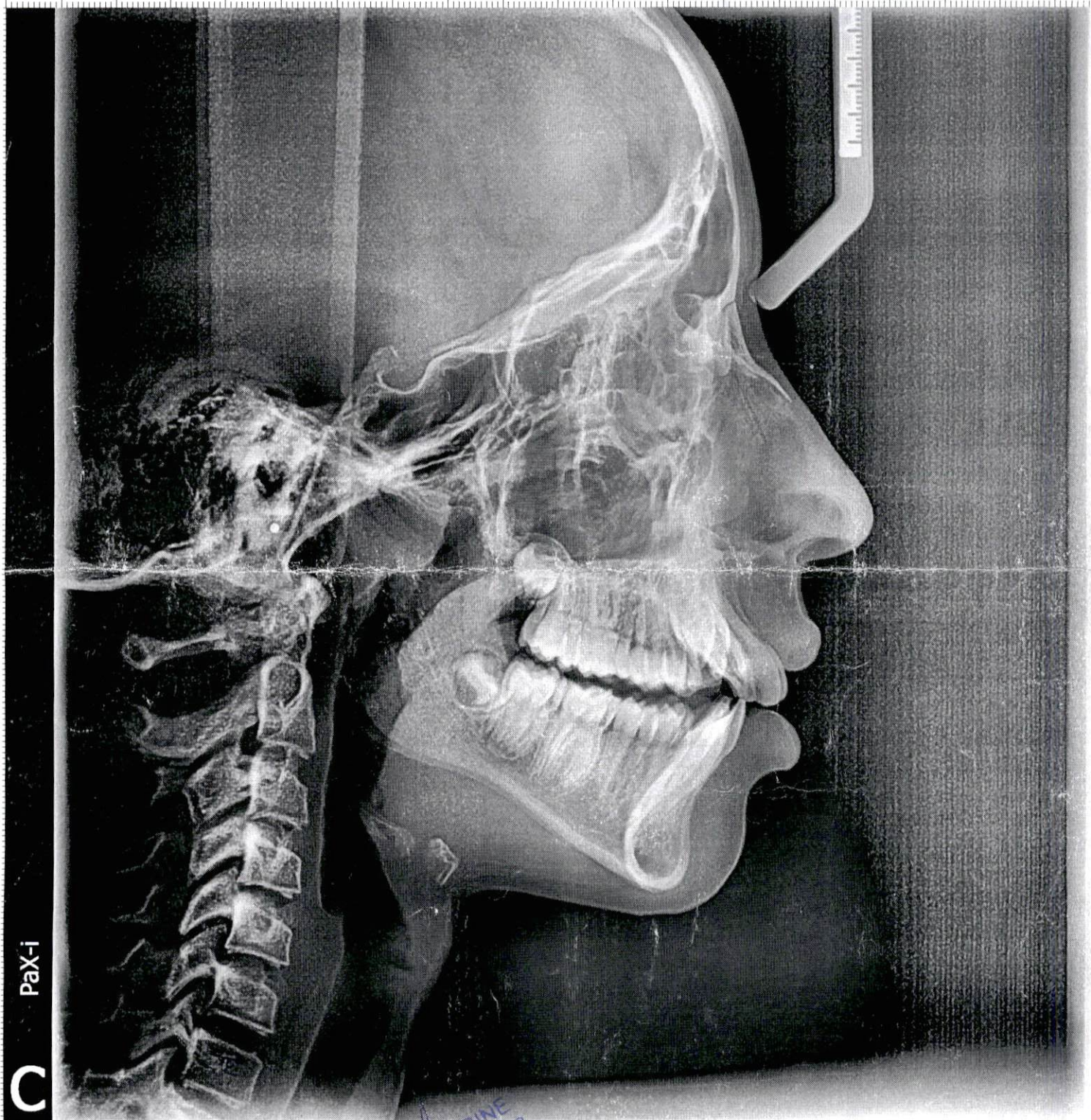
Web. [www.dentalclinic2mars.com](http://www.dentalclinic2mars.com)



Bilan ODF : Radiographie de profil.

17 SEP. 2019

Name : rita, menouny(Femme) Chart No : 20190601\_114141  
Date of Birth : 2007/12/10(YYYY/MM/DD)



Date of Recording : 2019/06/01 AM 11:48:03  
kVp : 80.0 mA : 10.0 DAP : 0.1802

Dr Zouhair ARIDINE  
Orthodontiste Exclusive  
105 Avenue de Mars 2<sup>ème</sup>  
étage Agdal Casablanca  
Tel: 0622 80 58 06



Bilan ODF

Radiographie panoramique

Name : rita, menouny(Femme) Chart No : 20190601\_114141

Date of Birth : 2007/12/10(YYYY/MM/DD)



Date of Recording : 2019/06/01 AM 11:45:27

kVp : 67.0 mA : 8.0 DAP : 0.5403

Dr Zouhair ABIDINE  
Orthodontie Exclusive  
105 Avenue 2 Mars 2<sup>ème</sup>  
etage App 5 Casablanca  
Tel 0522 80 58 06

17 SEP. 2019