

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 canalaire, 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 canalaire.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

## Adresses Mails utiles

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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.

W21-833215

Fadwa

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **11963**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **Dr MAHAMMA FADWA**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **266867B03**

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

**DOCTEUR Tajeddine KABBAJ**

**Chirurgien Dentiste**

7, Rue Ahmed Ennaciri, Palmier, Casablanca  
Tel : 05 22 25 48 80 - INPE : 094169067

Date de consultation : **27/01/2024**

Nom et prénom du malade : **M.A.H.A.M.M.A Fadwa** Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

**Ext.nackin dentaire**

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

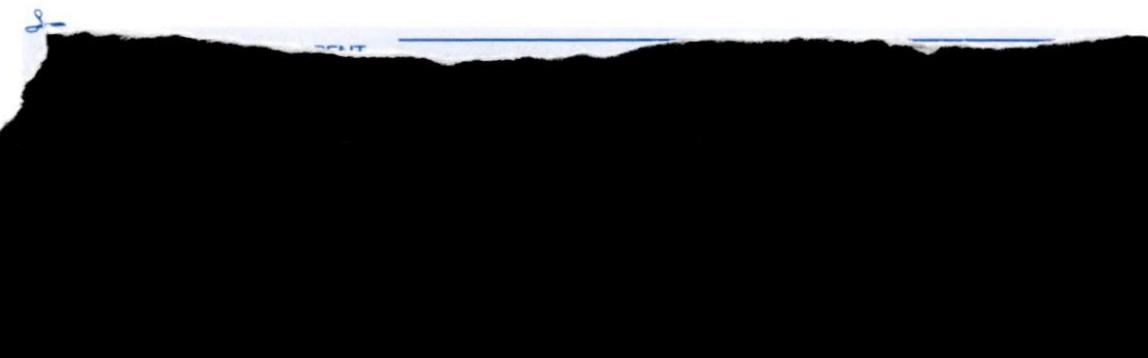
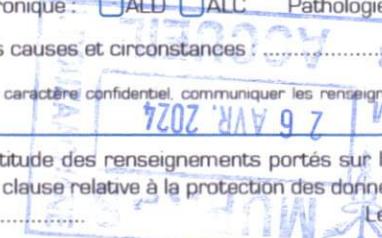
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) :



## **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
 <b>ALI ALAMI</b> Docteur en Pharmacie Panoramique Polo 52 19.99	27/07/2024	330,80

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

ANALYSES RADIOGRAPHIQUES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé 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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(37)	Extraction	9/10	500 DH	510
	(37)	2x RJC	DL2		MONTANTS DES SOINS
		DOCTEUR TAJEENINE KABBAJ Chirurgien Dentiste 7, Rue Ahmed Errachid, Palmer, Casablanca TEL : 05 22 25 48 80 INPE : 0944699067			DEBUT D'EXECUTION
O.D.F		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			FIN D'EXECUTION 27.01.24

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## PROTHÉSES DENTAIRES

The diagram illustrates the internal structures of the human brain, centered around the corpus callosum. The corpus callosum is depicted as a large, multi-layered structure connecting the two hemispheres. The cerebellum is shown at the bottom, and various other regions like the thalamus and hypothalamus are indicated. The diagram is oriented with a vertical axis and directional arrows (D, H, G, S) pointing towards the left hemisphere.

VISÉ ET SACHEZ DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**PHARMACIE CALIFORNIE**  
**ALI ALAMI**  
**Docteur en Pharmacie**  
**435, Bd. Panoramique Polo**  
**Casablanca - Tél: 0522.52.19.99**

**DOCTEUR Tajeddine KABBAJ**

**Chirurgien Dentiste**

**Ancien Assistant Universitaire à Paris VII**

**Ancien Attaché aux Hôpitaux de Paris**

**Diplôme d'Etude Supérieures de Chirurgie Buccale ( Paris VII )**

**Diplôme Universitaire d'Implantologie Chirurgicale et Prothétique ( Paris VII )**

**Diplôme Inter Universitaire de Pathologie de la Muqueuse Buccale ( Paris VI )**

**Diplôme Inter Universitaire de Carcinologie Buccale ( Paris VII )**

168,20  
AUGMENTIN 1g



48,70  
1g 2 fois/j Solupred enfant



140  
DOLIPRANE 1g



99,90  
1g en cas de douleur. Ne pas dépasser



Rinçage 3 fois/j à part

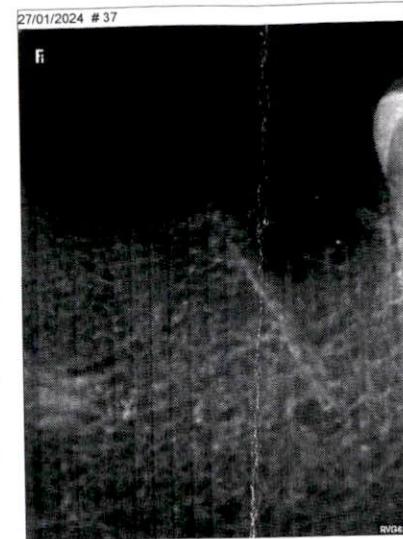
1 semain.

$\varphi = 330,80$



7, Rue Ahmed Naciri, Quartier Palmiers, Casablanca.  
TEL : 05 22 25 48 80-INPE: 094169067-IF:40128009-ICE:001678600000080 Email : [kabbajtai@yahoo.fr](mailto:kabbajtai@yahoo.fr)

DOCTEUR Tajeddine  
Chirurgien Dentiste  
7, Rue Ahmed Naciri, Casablanca  
Tél: 05 22 25 48 80

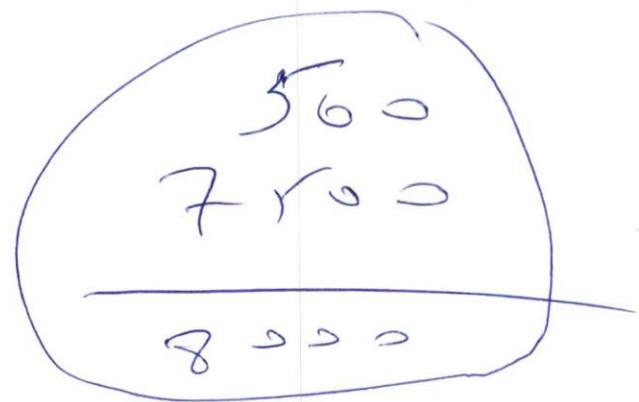


DOCTEUR Tajeddine KABBAJ  
Chirurgien Dentiste  
7, Rue Ahmed Ennaciri, Palmer, Casablanca  
Tél : 05 22 25 48 80 - NPE : 094169067

A handwritten signature in blue ink, consisting of two stylized loops, is written over the contact information.

0615896719

Eight 150--+



1716-