

# 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.

## 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 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)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06089 Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : THIYFA Kame

Date de naissance : 01.01.1958

Adresse :

Tél. : 06.81.13.89.89

Total des frais engagés : 200,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Zouhair ABIDINE  
Chirurgien Dentiste  
Avenue 2 mars 2 ème  
Bât App.5 casablanca  
05 22 61 55 12

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : THIYFA Kame Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Canc

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 : Casablanca

Le : 19/06/2023

Signature de l'adhérent(e) : THIYFA Kame

### 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

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr Zouhair ABDELLAH Chirurgien Dentiste 5 Avenue 2 ème Paris 2 ème 01 45 53 62 02	116/2023	1.151 D16	200

### AUXILIAIRES MEDICAUX

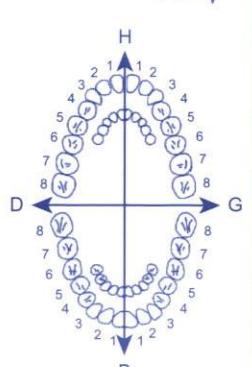
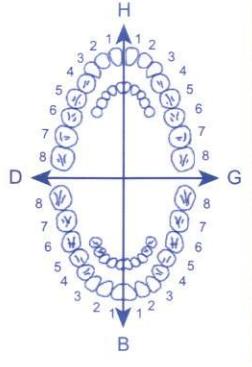
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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
 <i>116/2023 CONSULTATION GRATUITE</i> <i>Dr Zouhair ABDELLAH Dentiste</i> <i>5 Avenue 2 ème Paris 2 ème</i> <i>01 45 53 62 02</i>			
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">C</span>			
MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">—</span>			
DÉBUT D'EXECUTION			
FIN D'EXECUTION			
CŒFFICIENT DES TRAVAUX			
MONTANTS DES SOINS			
DATE DU DEVIS			
DATE DE L'EXECUTION			
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE		
 <b>H</b> 25533412 21433552 <b>D</b> 00000000 00000000 <b>G</b> 00000000 00000000 <b>B</b> 35533411 11433553			
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION			

# Dr. ABIDINE ZOUHAIR

Spécialiste en Orthopédie Dento-Faciale  
Master Européen Damon  
Master Européen en Orthodontie Invisible  
Invisalign  
Membre du Collège Européen d'Orthodontie



PATIENT

: THYFA kenza

EXAMEN(S) REALISE(S) :

RADIOGRAPHIE PANORAMIQUE

## TECHNIQUES :

Acquisition d'un panoramique numérique 2D.

La radiographie panoramique est un format 1/1.

Un CD est fourni comportant un logiciel de viewer permettant la visualisation de la radiographie avec des filtres différents, en plus d'outils de mesure.

## RESULTAT:

- 48 : proximité du nerf alvéolaire inférieur
- ATM : Image symétrique d'apparence normale.
- SINUS : RAS.

Confraternellement

DR ABIDINE ZOUHAIR.

Dr. Zouhair ABIDINE  
105 Avenue 2 Mars  
Boulevard Moulay Driss 1er  
Casablanca, Maroc  
Tel: 05 22 805 806

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



05 22 805 806



06 96 520 109



dentalclinic2mars@gmail.com

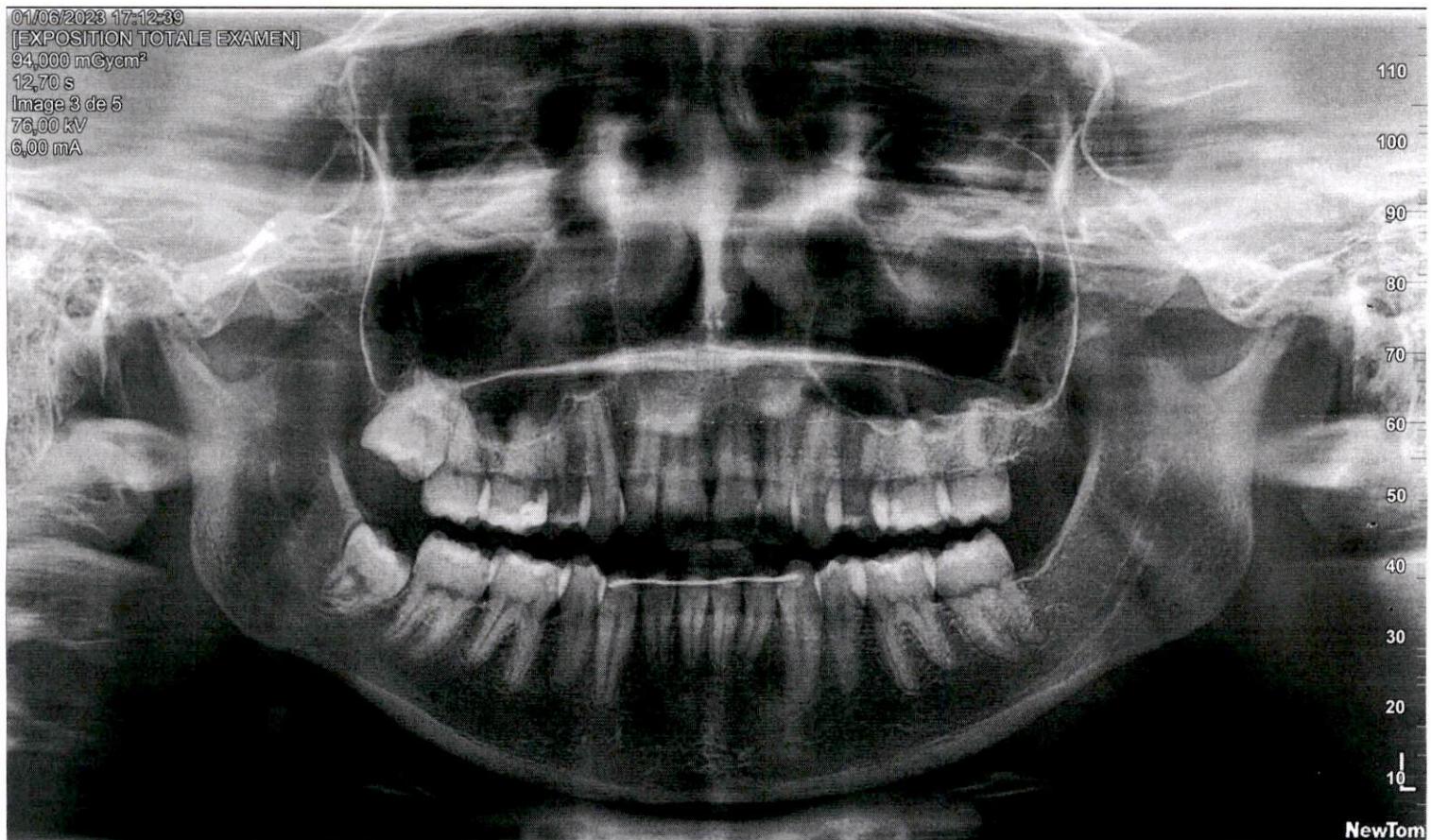
# Dr. ABIDINE ZOUHAIR

Spécialiste en Orthopédie Dento-Faciale  
Master Européen Damon  
Master Européen en Orthodontie Invisible  
Invisalign  
Membre du Collège Européen d'Orthodontie



**DENTAL CLINIC 2MARS**  
**DR.ABIDINE ZOUHAIR**  
**0522 805 806**

**THIYFA KENZA**  
Date de naissance: 06/07/2001



Dr. Zouhair ABIDINE  
Chirurgien Dentiste  
105 Avenue 2 Mars Casablanca  
0522 805 806

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

105 Avenus 2 Mars Croisement Boulevard Moulay Driss 1er (en face station Total) 2éme étage bureau 5, Casablanca. Maroc

05 22 805 806 06 96 520 109 dentalclinic2mars@gmail.com

NNT

SW ver. 15.0

Page 1 de 1

# Dr. ABIDINE ZOUHAIR

Spécialiste en Orthopédie Dento-Faciale

Master Européen Damon

Master Européen en Orthodontie Invisible

Invisalign

Membre du Collège Européen d'Orthodontie



Casablanca, le 01/06/2023

**FACTURE N° 287F2023**

Patient(e): THIYFA KENZA

ACTES	Dent(s)	Montant à payer
PANORAMIQUE	Toutes	200,00
<b>TOTAL</b>		<b>200,00</b>

Arrété le montant de la facture à la somme de

Deux cent

**Signature du Praticien**

Dr Zouhair ABIDINE  
Chirurgien Dentiste  
105 Avenue 2 Mars 2 ème  
étage App 5 Casablanca  
0522 80 58 06

IF : 96379920 -ICE : 002077369000026 -INPE: 094184025

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

105 Avenus 2 Mars Croisement Boulevard Moulay Driss 1er (en face station Total) 2ème étage bureau 5, Casablanca. Maroc

05 22 805 806 06 96 520 109 dentalclinic2mars@gmail.com