

## 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.

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1439 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : HARBOUT Ahmed  
Date de naissance : 16/12/1952  
Adresse : 24 Route Ouled Ziane App. 14  
Casablanca  
Tél. : 0661885624 Total des frais engagés : 2124,20 = Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 8/10/2014

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : 29/01/2014  
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### Adresses Mails utiles

- Réclamation : 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.



# RELEVÉ 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

08.01.24

124.20

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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

4 5 200 Dno  
4 6 200 Dno  
4 2 200 Dno  
3 1 200 Dno  
3 2 200 Dno  
4 1 200 Dno

COEFFICIENT DES TRAVAUX

D60

MONTANTS DES SOINS

2000 dh

DEBUT D'EXECUTION

8/1/24

FIN D'EXECUTION

18/1/24

# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

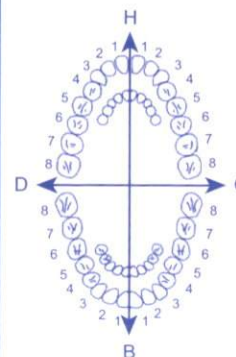
(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# DR ZIANI HANAA

Doctorat en Médecine Dentaire F.M.D.C  
D.U des Urgences Odontologique F.M.D.C  
Certificat d'étude en Orthopédie Dento-Faciale  
Certificat d'étude Approfondie en Prothèse  
Certificat d'étude Approfondie en Endodontie  
Ex Attachée au C.H.U de Casablanca



CENTRE DENTAIRE ZIANI

د. الزياتي هناء

خريجة كلية طب الأسنان بالدار البيضاء  
دبلوم جامعي للطوارئ الطبية و الجراحية السنية  
شهادة دراسة تقويم الأسنان  
شهادة دراسة تعويض الأسنان  
شهادة دراسة علاج الجذور  
ملحقة سابقا بالمركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد

FACETTES - ORTHODONTIE - IMPLANTOLOGIE - BLANCHIMENT - PARODONTIE - PROTHÈSE - SOINS

102.00  
2/8is-doyul (pl.)  
1 f 2x / j pdt fms  
hca benzé Ahmed



LOT: 23E001  
BIRODOGY  
CP PEL 815  
P. DV: 102DH00  
PER: 12/2025  
6 11800 1013280

22.20  
2/8is-doyul (pl.)  
1 f 2x / j pdt fms



PPV: 22DH00  
PER: 10/25  
LOT: M3453

124.20  
1 f 2x / j pdt fms

Cabinet Dentaire  
Dr. Hanaa ZIANI  
Médecin Dentiste  
31, Rue Libourne 2ème étage N° 13  
Tel: 05 22 54 31 89

31, Angle Rue Libourne et Route Ouelad Ziane - 2ème Étage Bureau 13, la Gironde - Casablanca

05 22 54 31 89 / 06 05 10 87 88 centredentaire.ziani@gmail.com

## DR ZIANI HANAA

Docteur en Médecine Dentaire F.M.D.C  
D.U des Urgences Odontologique F.M.D.C  
Certificat d'étude en Orthopédie Dento-Faciale  
Certificat d'étude Approfondie en Prothèse  
Certificat d'étude Approfondie en Endodontie  
Ex Attachée au C.H.U de Casablanca



CENTRE DENTAIRE ZIANI

د. الزياتي هناء  
خريجة كلية طب الأسنان بالدار البيضاء  
دبلوم جامعي للطوارئ الطبية و الجراحية السنية  
شهادة دراسة تقويم الأسنان  
شهادة دراسة تعويض الأسنان  
شهادة دراسة علاج الجذور  
ملحقة سابقا بالمركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد

FACETTES - ORTHODONTIE - IMPLANTOLOGIE - BLANCHIMENT - PARODONTIE - PROTHÈSE - SOINS

22/1/24 Dr Hanaa Ziani

Note d'An-

1 extraction 45-44-42-31  
32-41.

Tout va bien.

Cabinet Dentaire  
Dr Hanaa ZIANI  
Médecin Dentiste  
31, Rue Libourne 2ème étage N° 13  
la Gironde Casa - Tél : 05 22 54 31 89