

# 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

- 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.

**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

M23-006149

192459

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **8489** Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : **FLALHI Mhamed**  
Date de naissance : **17-04-1953**  
Adresse : **29 PASSAGE FATIMA ZAHRA  
HAY-EZZAHRA CP26100-BERRECHID**  
Tél. **0629292854** Total des frais engagés : **1125,50** Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
Date de consultation : **15/01/2024**  
Nom et prénom du malade : **FLALHI Mhamed** Age : **70**  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : **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 : **MUPRAS** Le :  
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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 Femme Sseur

Date	Montant de la Facture
22/01/24	75,50

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
17/1/24	Rapport	150,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
	AM	PC	IM	IV	

# 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

27	Exo	D10
26	Exo	D10
17	Exo	D10
13	Exo	D10
14	Exo	D10

COEFFICIENT DES TRAVAUX

D10x5

MONTANTS DES SOINS

900dhs

DEBUT D'EXECUTION

15/01/24

FIN D'EXECUTION

22/01/24

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
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



Centre Dentaire Mrabat

☎ 05 22 32 48 48

☎ 066 999 3008

📍 HAY RABII, PLATEAU BUREAU 1ER ETAGE  
BERRECHID

## Ordonnance Médicale

Fait à Berrechid Le 22/01/2024

Nom & Prénom FALHI MRABAT

Note d'honoraire

• Extractions de dents

Montant global = 9000hs

Dr. Chaymaa LAGHI MRABAT

~~Chirurgien Dentiste~~

Rayane 02, Hay Rabia Plateau  
Bureau 1er Etage N°1 - Berrechid  
Tel: 05 22 32 48 48

Flannery  
ProMax Ethernet Interface  
Im 261 S 261  
Exam

15/01/2024  
16h37m11  
Age





## Ordonnance Médicale

Fait à Berrechid Le 15/01/2024

Nom & Prénom ELABHI Mohamed

A faire radio panoramique.



CENTRE DE RADIOLOGIE LA RESISTANCE



E 06006560

BOITE 19 BERRECHID

Tel: 00212 (0) 522 03 05 06

  
DR. ELHABBI MOHAMED  
Chirurgien Dentiste  
Rayane 03, Hay Rabia Plateau  
Bureau 1er Etage N°1 - Berrechid  
Tel: 05 22 32 48 48

## Ordonnance Médicale

Fait à Berrechid Le 22/01/2024

Nom & Prénom ABHI Mohamed

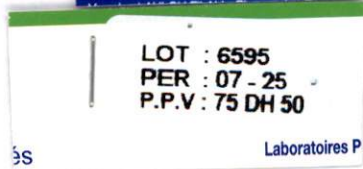
75,50

Bidentogyl



1 cp 2f/j pdt 7j

**L. BENYAHIA Mohamed Michaux**  
**Pharmacie RABIS**  
173, Bd. EL Hkma L. Errabbi  
BERRECHID - Tél: 0522 33 69 02



**Dr. Chaymaa LABHI MRABAT**  
Chirurgien Dentiste  
Rayane 03, Hay Rabii Plateau  
Bureau 1er Etage - Berrechid  
Tél: 05 22 32 48 48

IRM 1.5 Tesla - Scanner Multibarette - Radiologie Conventionnelle - Echographie - Echodoppler  
Mammographie - Panoramique Dentaire - Ostéodensitométrie - Opacifications

Berrechid, le 15/01/2024

**FACTURE N°228/2024**

**NOM & PRENOM: FLALHI MHAMED**

EXAMEN	MONTANT
Panoramique dentaire	150 DH
TOTAL	150 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :CENT CINQUANTE DH TTC

CENTRE DE RADIOLOGIE LA RESISTANCE



INPE 060063653

Adresse LOT AL YOUSSEF II RD. MAG N 18 ET N 19 BERRECHID  
Tél: 00212(0)522 03 05 16

Lot AL YOUSSEF II Rez de chaussée Magazins N ° 18 et N° 19 Avenue la  
Résistance, Berrechid [www.cirr.ma](http://www.cirr.ma) Tél : 05 22 02 03 05  
E-mail: [radiologielaresistance@gmail.com](mailto:radiologielaresistance@gmail.com)



IRM 1.5 Tesla - Scanner Multibarette - Radiologie Conventiennelle - Echographie - Echodoppler  
Mammographie - Panoramique Dentaire - Ostéodensitométrie - Opacifications

Berrechid, le 15/01/2024

PATIENT : FLALHI MHAMED  
MEDECIN TRAITANT : DR. LAGHI MRABAT CHAYMAA  
EXAMEN(S) REALISE(S) : Panoramique dentaire

- Dentition incomplète.
- Caries et chicots dentaires.
- Parodontopathie avancée.
- Transparence normale des sinus maxillaires.
- Intégrité des canaux mandibulaires.
- Absence de lyse ou de condensation osseuse.
- Les ATM sont d'aspect normal.

CENTRE DE RADIOLOGIE LA RESISTANCE  
Docteur KABIR EL Mehdi  
Médecin Radiologue  
INPE : 061321212

Confraternellement.  
Signé : Dr KABIR EL MEHDI

Tel: 00212(0)522 03 05 06  
Adresse : Lot AL YOUSSEF II Rez de chaussée Magazins N°18 et N°19 Berrechid  
INPE 060065653  
CENTRE DE RADIOLOGIE LA RESISTANCE

Centre de Radiologie