

## 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

M22- 0027293

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2582 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : Houri Abdurrahman  
Date de naissance : 01/01/1946  
Adresse : 90, Residence Nour Amira  
My Abdallah EL Jadida  
Tél. : 0672 83 5137 Total des frais engagés : 957,00 DHS

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/12/23  
Nom et prénom du malade : Houri ABDERRAHMANE Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : caries Dentaires  
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 : EL Jadida Le : 16/01/2024  
Signature de l'adhérent(e) :



# 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
<b>PHARMACIE HASSENDA</b> <b>Dr. Amrani HACHINE</b> 65/100 el Kamal - sidi bouzid EL JADIDA / Tél: 05 23 34 86 75	03/12/23	168,20

# 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				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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
	24	Extraction	D10												
	COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">D10</span>														
	MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">800,00</span>														
	DEBUT D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">03/12/23</span>														
	FIN D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">03/12/23</span>														
<b>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</b>															
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </span>	
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
G	00000000	00000000													
B	35533411	11433553													
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </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>		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



**INARA  
DENTAL  
CENTER**

**Dr. Ismail El Khal**

- Doctorat en médecine dentaire Casablanca, Maroc.
- Certificat en orthodontie Casablanca, Maroc.
- AEU mention parodontologie, Toulouse, France.
- AEU de radiologie dentaire et maxillo-faciale, Toulouse, France.

## **ORDONNANCE**

**Casablanca, le 09/10/2023**

**Mr. /Mme : HOURI ABDERRAHMANE.**

1582

**1- AUGMENTIN 1g**  
1 sachet 2j pdt 7j

**PHARMACIE HACIENDA**  
Dr. Amrani MOHAMED  
55 Lot El Kamal - Sidi Bouzid  
EL JDDIDA / Tel: 05 23 84 86 75

**Dr. ELKHAL ISMAIL**

# Dr. Ismail ELKHAL

\* Doctorat en médecine dentaire

Faculte de médecine dentaire, Casablanca

\* AEU spécialité medico-chirurgicale mention Chirurgie orale

Université Paul Sabatier, Toulouse



**INARA  
DENTAL  
CENTER**

Casablanca, le 09/12/2023

Patient(e): HOURI abderahmane

Dr. Ismail ELKHAL  
Médecin Dentiste  
5 Boulevard Dakhla Inara - Ain Chock  
Casablanca  
Tél.: +212 522 21 10 14

**FACTURE N° 151F2020**

ACTES	Code sécu	Dent(s)	Montant à payer
EXTRACTION SIMPLE	D 10	24	800,00
TOTAL			800,00

Arrêté le montant de la facture à la somme de

Huit cent

**Signature du Praticien**

Dr. Ismail ELKHAL  
Médecin Dentiste  
5 Boulevard Dakhla Inara - Ain Chock  
Casablanca  
Tél.: +212 522 21 10 14

poudre pour suspension  
buvable en sachet



1g / 125 mg

**AUGMENTIN**  
AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

**AUGMENTIN**  
AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

1g / 125 mg  
Sachets

..... sachet(s) ..... fois par jour à  
prendre de préférence au début des repas,  
pendant ..... jours.

Lire attentivement la notice avant emploi.

...كيس... مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال... يوم.

**Uniquement sur ordonnance**

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

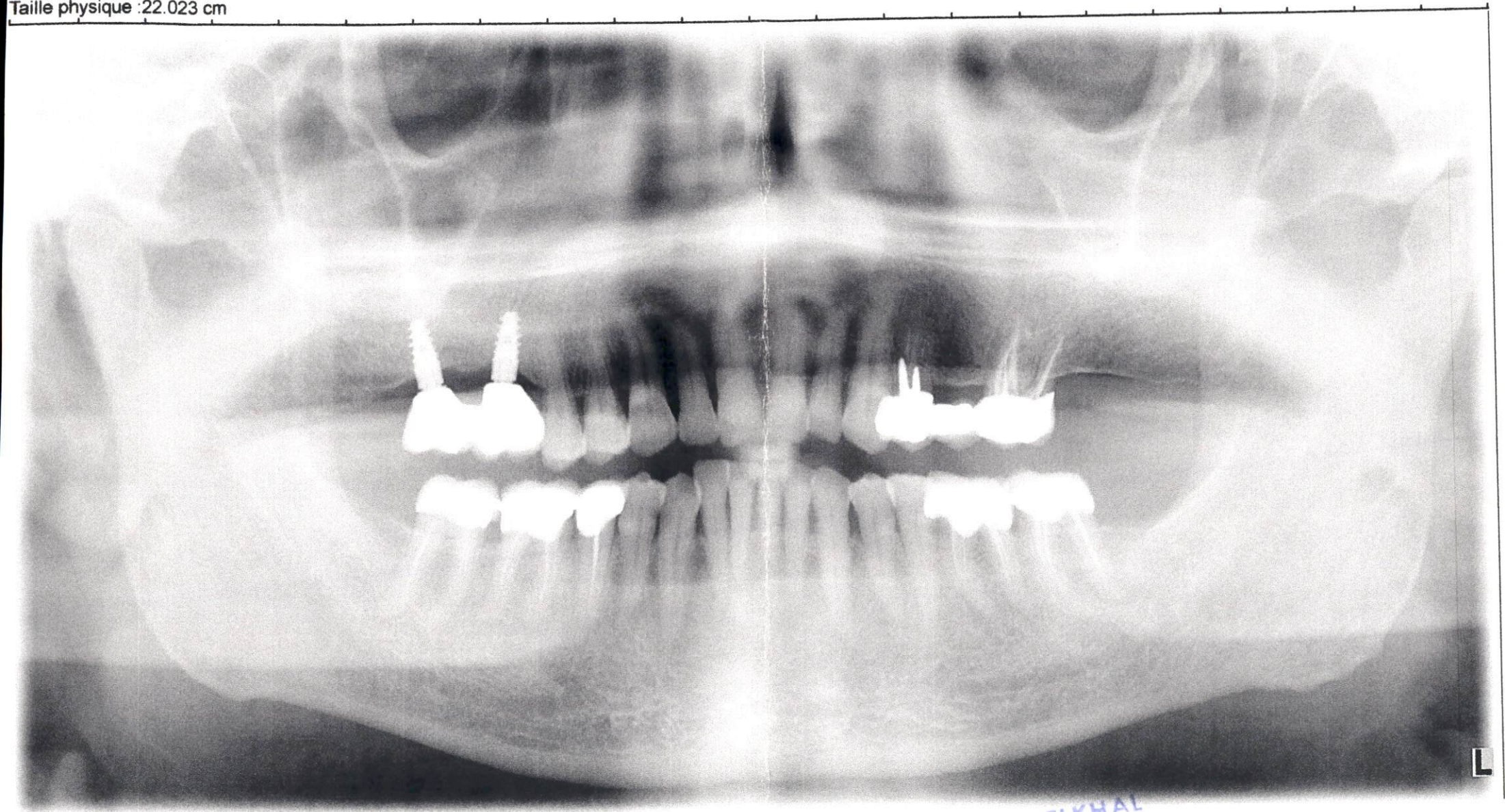
PPV: 168,20 DH  
LOT: 652143  
PER: 04/25

*Signature*





HOURL ABDERRRAHMANE  
Cr   : 29/12/2022 16:42:36  
Echelle : 1 : 1.300  
Taille physique : 22.023 cm



Dr. ISMAIL ELKHAL  
Dentiste  
33 Boulevard de la Liberté  
Ain Chock - Casablanca  
Tél. : +212 522 21 10 14

L