

## 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

N° W21-655378

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8724 Société : RA7  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : KHADIRI WAHID 194881  
 Date de naissance : 05/05/68  
 Adresse : Lot Keltoun, Rue 3, NR 49, Californie  
 Tél. : 0662 77 91 75 Total des frais engagés : 2600 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. MAHMOUD MOHAMED AMINE  
 MEDICIN DENTISTE  
 403 Assakan Al Anik Etg 1  
 Appt 6, Imm 403, Al Qods  
 CASABLANCA

Date de consultation : 03/02/24  
 Nom et prénom du malade : Khadiri Wahid Age : 55 ans  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
 Nature de la maladie : Dents de sagesse  
 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 : Casa Le : 03 / 02 / 2024  
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
				INP : <input type="text"/>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Ajan Benloulfi Nassim Bloc 22 Rue 6 N° 74 Av Mohammadi - Casablanca	03/02/24	134,30

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

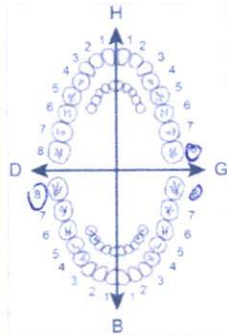
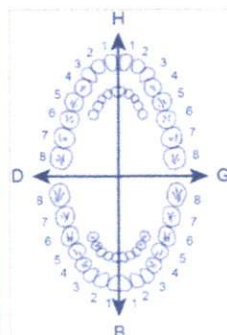
VOLET ADHERENT

# 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	INP : <b>INPE : 064198237</b>														
	2	8	Exo	Duo														
	3	8	Exo	D2o														
	4	8	Exo	Duo														
	<b>Dr. MAHFOUD MOHAMED AMINE</b> <b>MEDecin DENTISTE</b> 403, Assakkar 41 Anik Ety Appt 6 Imn 403, Al Qods CASABLANCA																	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <b>D700</b>														
				MONTANTS DES SOINS <b>2600 DHS</b>														
				DEBUT D'EXECUTION <b>03/02/24</b>														
				FIN D'EXECUTION <b>07/02/24</b>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
		<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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. MAHFOUD MOHAMED  
AMINE

Chirurgien Dentiste  
Diplômé de la Faculté de  
Médecine Dentaire Casablanca



د. محمد أمين محفوظ

طبيب جراح الأسنان  
خريج كلية طب الأسنان  
بالدار البيضاء

جراحة الفم و الأسنان  
Chirurgie dentaire

تبييض الأسنان  
Blanchiment

زراعة الأسنان  
Implantologie

علاجات الأسنان  
Soins dentaires

## Ordonnance Médicale

Casablanca le : 03/02/24

Nouhaïla Khadiri

96,90

1) Amoxicil

1g

1CP



1cp 2x/jour

pdt 7 jours.

37,40

2) NEOPRED

20mg

1CP



3cp en une  
matinale pdt

seule prise  
3 jours

= 134,30

Pharmacie Azak  
Benlamlih Nassim  
Bite 22 Rue N° 74  
Hay Mohammadi Casablanca  
Tél: 05 22 62 07 70

EL QODS 403 ASSAKAN AL ANIK ETG 1 N 6,  
CASABLANCA

شارع القدس 304 السكن الأنيق، الطابق 1، رقم 6،  
الدار البيضاء

06 43 00 79 44

05 20 50 8003

CENTREDENTAIREMAHFOUD@GMAIL.COM

3) Doliprane 4g EB

4cp tout de suite, puis 4cp  
toutes les 6h, ne pas dépasser  
4cp / jour pdt 3 jours

Dr. MAHFOUD MOHAMED AMINE  
MEDECIN DENTISTE  
403, Assakan Al Anik Etg 1  
Appt 6, Imm 403, Al Qods  
CASABLANCA



DR. MAHFOUD MOHAMED  
AMINE

Chirurgien Dentiste  
Diplômé de la Faculté de  
médecine Dentaire Casablanca



د. محمد أمين محفوظ

طبيب جراح الأسنان  
خريج كلية طب الأسنان  
بالدار البيضاء

علاجات الأسنان - زرع الأسنان - تبييض الأسنان - جراحة الفم والأسنان  
Chirurgie dentaire - Blanchiment - Implantologie - Soins dentaires

Le 07/08/24

NOTE D'HONORAIRE

Patient : Khadiri Nouhoula

Montant reçu : 2600 Dirhams

Deux mille six cent dirhams

INPE : 064198237

Dr. MAHFOUD MOHAMED AMINE  
MEDECIN DENTISTE  
403 Assakan Al Anik Etg 1  
Appt 6, Imm 403, Al Qods  
CASABLANCA

ICE : 003118000000009

IF : 52562937

EL QODS 403 ASSAKAN AL ANIK ETG 1 N 6  
CASABLANCA

شارع القدس 403 المسكن الأنيق, الطابق 1, رقم 6  
الدار البيضاء

06 43 00 79 44 05 20 50 80 03 CENTREDENTAIREMAHFOUD@GMAIL.COM





02/02/2024 15:08:10

[EXPOSITION TOTALE EXAMEN]

97,000 mGyem<sup>2</sup>

12,70 s

Image 5 de 5

75,00 kV

7,00 mA

IF: 40171313

110

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

myray