

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## iologie 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.

## cique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## ntaire :

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

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

81671 N° M21- 1058879

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 03075 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL RHFIFI Rachid

Date de naissance :

01/07/1951

Adresse :

53 RUE LETITIEN N° 15 CASA

Tél. : 06 62 48 96 34

Total des frais engagés : 278,90 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr TOUIJAR Rachid  
Chirurgien Dentiste  
Angle Bd Abderrahmane Rte  
d'Azemmour N°6 - Casablanca  
Tel : 0522 90 98 35/0522 90 50 89

Date de consultation :

26/07/2021

Nom et prénom du malade :

EL RHFIFI Rachid

Age : 70 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

polyarthrites

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 : 26/07/2021

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° M21-058879

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 03075

Nom de l'adhérent(e) : EL RHFIFI

Total des frais engagés : 278,90 Dhs

Date de dépôt :

26 AOUT 2021

## 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
26/02/21	C			<i>Dr TOUJAR Rachid Chirurgien Dentiste Angle Bd Azzemine et N° 10 Casablanca d'Azemmene et N° 10 Casablanca tel: 0522 90 98 35 / 0522 91 50 89</i>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>RADIOLOGIE HAY PASSANI ANFA 10, Imm. Commune Route d'Azemmene et Rd. Sidi Abderrahmane Casablanca tel: 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 01</i>	16.06.21	20	200,00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## VOLET ADHERENT

818820 15M

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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 canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B 00000000 00000000	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

CASABLANCA , LE : 26/07/2021

Monsieur EL RHARFI MOHAMED

PRESIDENT Profi Bains de bouche 0,20

64.90 2 à 3 FOIS PAR JOUR

LOT : 5178  
UT. AV : 11-27  
P.P.V : 64 DH 90

DONTOMYCINE 3 MUI

14.00 1 CP X 2 FOIS PAR JOUR

PPV: 14DH00  
PER: 05/24  
LOT: K1532

DOLIPRANE 1000

1 CP X 2 FOIS PAR JOUR

Dr TOUIJAR Rachid  
Chirurgien Dentiste  
Angle Bd Abderrahmane et Rte  
d'Azemmour N° 6 - Casablanca  
Tél: 0522 90 98 35 / 0522 91 50 89



Docteur Rachid TOUIJA  
Chirurgien Dentiste

الدكتور رشيد تويجر  
طبيب جراحي للأسنان

CASABLANCA I.F. - 14/06/2021

Monsieur EL RHARFI MOHAMED

RADIO PANORAMIQUE

Dr TOUIJA Rachid  
Chirurgien Dentiste  
Angle Bd Sidi Abderrahmane et Rte  
d' Azemmour N°6 - Casablanca  
Tél : 0522 90 98 35 / 0522 91 50 89



---

Angle Bd, Sidi Abderrahmane et Route d'Azemmour - 2<sup>ème</sup> étage N° 6 - Hay Hassani  
Casablanca - Tél.: 05 22 90 98 35 / 05 22 91 50 89 - Patente N° 35003930  
I.F : 51465556 - I.C.E. : 001743599000031



مركز الفحص بالأشعة  
”حي الحسني - آنفا“

14/06/2021  
Casablanca, le -----

Facture N° 2016/06/2021

Nom patient : EL RHARFI MOHAMED

Examen(s) réalisé(s) : RX PANORAMIQUE

Date Examen(s) : 14/06/2021

Montant : 200 DH

Montant Produits : 0,00 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
MONTANT TOTAL :  
**DEUX CENTS DIRHAMS**

10, Imm. Communal. Angle route d'Azemmour et Bd. Sidi Abdebrahmane - Casablanca

Tél. : 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07 - Fax : 05 22 93 37 13

Pantente : 35 00 38 66 - TVA : 73 39 10 - IF : 2221555 - ICE : 001686337000022



مركز الفحص بالأشعة  
”حي الحسني - آنفا“

Casablanca , le 14/06/2021

Casablanca, le -----

PATIENT : Mr. EL RHARFI MOHAMED  
MEDECIN TRAITANT : DR TOUIJAR RACHID  
EXAMEN(S) REALISE(S) : RX PANORAMIQUE

Cher Docteur,  
Je vous remercie de nous avoir adressé votre patient dont voici  
le résultat de l'examen.

RX PANORAMIQUE DENTAIRE  
Examen fourni sur film et CD-RW

- ❖ Irrégularité du condyle mandibulaire droit.
- ❖ Les cuvettes maxillaires sont libres.
- ❖ Parodontopathie diffuse.
- ❖ Absence d'anomalie péri radiculaire.

Confraternellement  
DR N.FARIS