

# 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.

## Biologie 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.

## 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.

## 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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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° P19-

064339

ACC

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2085 Société : R.A.M.

Actif  Pensionné(e)  Autre : 107886

Nom & Prénom : FKIHANE Mohamed

Date de naissance : 01/01/1949

Adresse : 23, Rue 932, Hay My Abdallah - CASA

Tél. : 0661159857 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Dr. MRINI Med EL R  
Chirurgien Dentiste

Bd 2 Mars, Rue 156 N° 5, 1<sup>er</sup> Etage Inara 1  
Aïn Chock - Casablanca - Tél. : 0522 21 44 97  
I.C.E : 001653224000024

Date de consultation : 11/03/2022

Nom et prénom du malade : FKIHANE MOHAMED Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Denis De CD FACTURE De PD

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 : 09/03/2022

Signature de l'adhérent(e) : .....

## 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

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

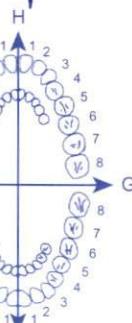
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

~~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 canalaire, ainsi que le bilan de

SONS DENTAIRES

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
<i>Partie dentaire</i>	<i>H</i>	<i>Ex</i>	<i>Créer</i>
			
			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>
			<i>Contin</i>
			<b>MONTANTS DES SOINS</b>
			<i>03/03</i>
			<b>DEBUT D'EXECUTION</b>
			<b>FIN D'EXECUTION</b>

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

~~Devils~~ - Myp

*[Signature]*

A hand-drawn chemical structure diagram. It features a central vertical line with a horizontal branch extending to the left. The main vertical line has seven numbered carbons: 1 at the top, 2 at the junction, 3 on the left branch, 4 above 3, 5 below 3, 6 below 5, and 7 at the bottom. Small circles are drawn around carbons 3, 4, 5, 6, and 7.

B

MR

VISA ET CAGNER DU PRATICIEN  
Chirurgien

Ain Ch. J.C.E.

VISA ET CABINET DU PRATICIEN DENTISTE  
Dr. M'RINI Med. E.D.  
Chirurgien Dentiste  
BP 2 Mars, Rue 156 N° 5, 1<sup>er</sup> Etage Inara 1  
Ain Chock - Casablanca Tel : 0522 21 44 97  
A.C.E. 001653224000024

VISA ET CABINET DU PRATICIEN DENTISTE  
Dr. MRINI Med EL K  
Chirurgien Dentiste  
BP 2 Mars, Rue 156 N° 5, 1<sup>er</sup> Etage Inara 1  
Ain Chock - Casablanca Tel : 0522 21 44 97  
A.C.E. 001653224000024

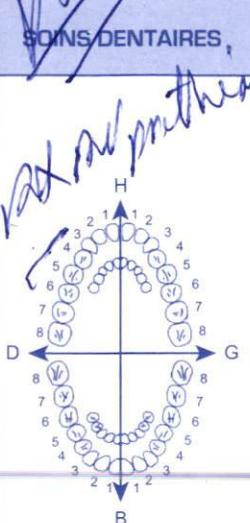
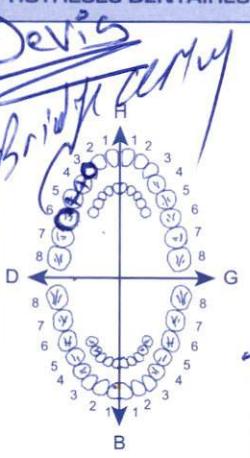
VISAS ET CAUSES D'UN FRANÇAIS ATTENTANT L'EXECU  
**Dr. MRINI Med F.L.R.**  
Chirurgien Dentiste  
Bd 2 Mars, Rue 156 N° 5, 1er Etage Inara 1  
Alin Chock - Casablanca - Tel. 0522 21 44 97  
L.E. 001653224000024

# RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

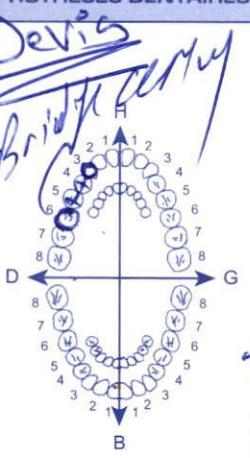
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
 <i>Réalisation de prothèse</i>		<i>Réal.</i>		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <i>Création</i>
		<i>Réalisation de prothèse</i>		
 <i>Bridge sur 13-14-18 et 16.</i>				
 <i>Réal. Réalisation en brouillon de Bridge.</i>				

OD.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX								
 <i>Bridge sur 13-14-18 et 16.</i>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>  <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412 21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411 11433553</td> </tr> </table> <b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	H	25533412 21433552	D	00000000 00000000	B	00000000 00000000	G	35533411 11433553	<i>D720</i>
		H	25533412 21433552							
		D	00000000 00000000							
		B	00000000 00000000							
		G	35533411 11433553							

VISA ET CADRE DU PRATICIEN AU DEVIS	VISA ET CADRE DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION
<b>DR. MRINI Med EL R</b> <b>Chirurgien Dentiste</b> Bd 2 Mars, Rue 155 N° 5, 1 <sup>er</sup> Etage Inara 1 Ain Chock - Casablanca / Tel : 0522 21 44 97 T.C.E : 00165322400024	<b>DR. MRINI Med EL R</b> <b>Chirurgien Dentiste</b> Bd 2 Mars, Rue 155 N° 5, 1 <sup>er</sup> Etage Inara 1 Ain Chock - Casablanca / Tel : 0522 21 44 97 T.C.E : 00165322400024

# Centre Dentaire MRINI

**Docteur Mrini Med EL GHALI**

Doctorat en Médecine Dentaire 1993  
Faculté de Médecine Dentaire  
Casablanca

Certificat d'Implantologie sur le système  
neudent par l'Institut ILAPEO au Brésil.

**الدكتور مريني محمد الغالي**

دكتوراه في طب الأسنان 1993

جامعة طب الأسنان

بالدار البيضاء

شهادة في زرع الأسنان من المعهد البرازيلي

NOTE D'HONORAIRES N° : 39/2022

Je soussigné Dr **Mrini Med EL GHALI**, docteur en médecine dentaire certifie

avoir examiné ce jour le : 28/03/2022 Mr FRIHANE MOHAMED

et son état a nécessité un traitement dentaire ; dont le montant

s'élève à 10.000 dh

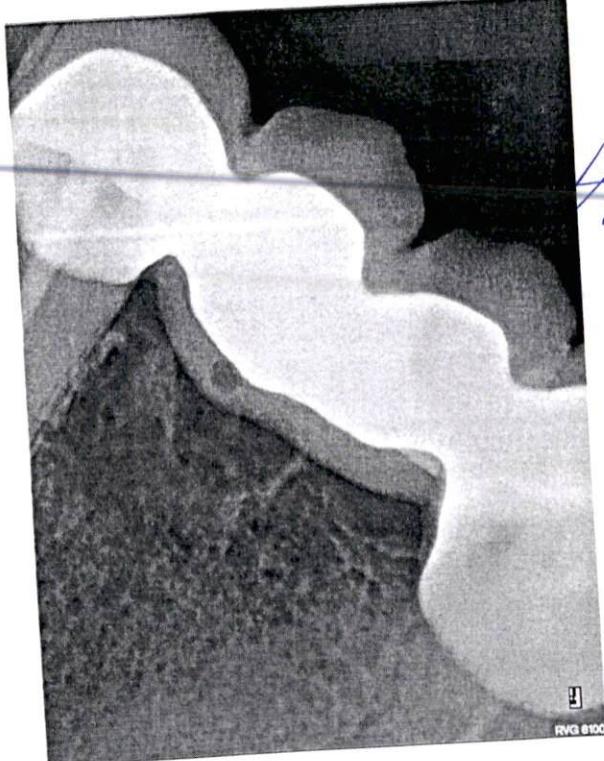
Signature attestant le paiement des honoraires .

**Dr. MRINI Med EL R**  
**Chirurgien Dentiste**

Bd 2 Mars, Rue 156 N° 5, 1<sup>er</sup> Etage Inara 1  
Ain Chock - Casablanca - Tél. : 0522 21 44 97  
F.C. : 001653224000024

Casablanca, le : 28/03/2022

Lin



dr mriini  
FKIHANE MOHAMED 25/03/2022 # 13141516

~~Dr. MIRNA Med EL R~~  
~~Clinic Green Dentist~~  
~~BD 2 Miles Rue 158 N 5 Eliege Marja~~  
~~Am Chakir Geesaneh 16165322400024~~  
~~IC.E .01165322400024~~  
~~Dr. MIRNA~~  
~~radiologie~~

radiologie

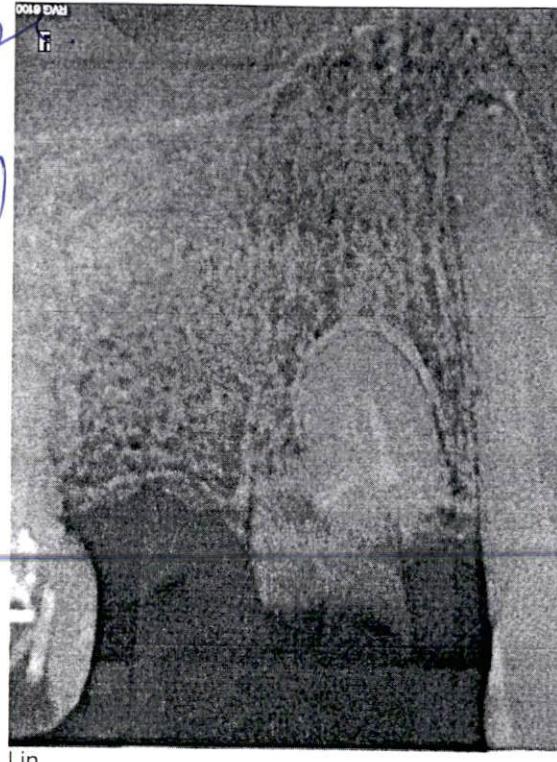
Radiologie

dr mrini

FKIHANE MOHAMED 03/03/2022 # 14

Rx DV pruthis

~~Dr. MRINI Med EL R  
Chirurgien Dentiste  
Bd 2 Mars, Rue 156 App 5 - 1<sup>er</sup> Etage Inara 1  
Ain Chock Casablanca - Tel.: 0522 21 44 97  
I.C.E : 001653224000024~~



Dental Imaging Software V6, 13, 3, 3

N° Dossier: 107886   
N° Dossier externe: ACC-02085-15/03/2022  
Type de dossier: DENTAIRE   
Bénéficiaire: FKIHANE MOHAMED  
Situation: Notifié   
Sous-situation: ---   
Date de début: 15-03-2022   
Date de fin:   
Date de saisie: 15-03-2022  
Événement: 

Commentaires pour l'édition

 Ajouter

Commentaires existants [▼]

Date	Type	Commentaire
16-03-2022	Manuel	ACC D720 BCM 13 A 16 S/R RX APRES DR MRINI MED