

# 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.

## Diagnostique 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.

## Maladie chronique :

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

N° P19- 064339  
☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2085 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : FKHANE Mohamed  
Date de naissance : 01/01/1949  
Adresse : 23, Rue 232, Hay My Abdallah - ASA  
Tél. : 066159857 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 : 11/03/22  
Nom et prénom du malade : FKHANE MOHAMED Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Dents de CD, fracture de CD  
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 : ASA Le : 09/03/2022  
Signature de l'adhérent(e) :



[illegible]

<b>EXECUTION DES ORDONNANCES</b>		
<b>Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur</b>	<b>Date</b>	<b>Montant de la Facture</b>

[illegible][illegible]

**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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
		rad		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		rad		
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>														
<div> <div>Dev's</div> <div>Bridge work</div> </div>	<table border="1"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<b>MONTANTS DES SOINS</b>
H																
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D	G															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B																
	<div> <b>(Création, remont, adjonction)</b>  Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession </div> <div> Bridge work  sur 13-14-15  et 16. </div> <div> Ret. Bm. M. S.  enroule de </div>	<b>DATE DU DEVIS</b> 11/03/03														
	<b>DATE DE L'EXECUTION</b> 25/03/03															

**Dr. MRINI Med EL R**  
**Chirurgien-Dentiste**  
 Bd 2 Mars, Rue 156 N° 5, 1<sup>er</sup> Etage Inara 7  
 Ain Chock - Casablanca - Tél. : 0522 21 44 97  
 d.c.e. : 001653224000024

# 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

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

## O.D.F

## PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
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 CAGNET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**Dr. MRINI Med EL R**  
Chirurgien-Dentiste  
Rd 2 Mars, Rue 156 N° 5, 1<sup>er</sup> Etage Inara 1  
Ain Chock - Casablanca - Tél : 0522 21 44 97  
d.c.e. : 001653224000024

VISA ET CAGNET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**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  
d.c.e. : 001653224000024



# Centre Dentaire MRINI

**Docteur Mrini Med El GHALI**

Doctorat en Médecine Dentaire 1993  
Faculté de Médecine Dentaire  
Casablanca

Certificat d'Implantologie sur le système  
neodent 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 GHALI**  
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

Casablanca, le : 28/03/2022

شارع 2 مارس - زنقة 156 رقم 5 - الطابق الأول الإنارة 1 - عين الشق - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 21 44 97

Bd. 2 Mars - Rue 156 N°5 - 1<sup>er</sup> Etage- Inara 1 Aïn Chock - Casablanca - Tél.: 05 22 21 44 97

Site Web : [www.drminielghali.ma](http://www.drminielghali.ma) - E-mail : [dr.mrini@gmail.com](mailto:dr.mrini@gmail.com)

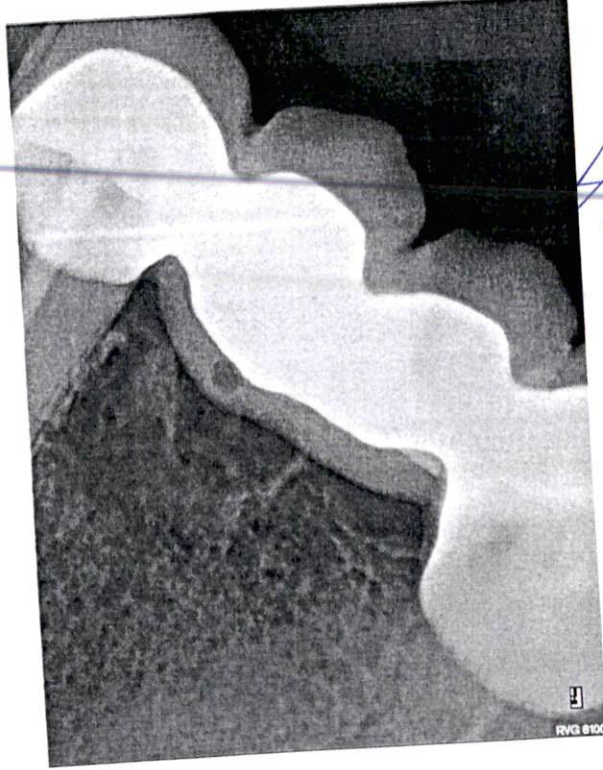
INPE : 094013398 - SGG : 12503 - IF : 51003811 - CNSS : 2591495 - ICE : 001653224000024

Rx Specs  
posthabe

Dr. MRINI Med EL R  
Chirurgien Dentiste  
Bd 2 Mars, Rue 158 N° 5, 1° Etage Mars 1  
Ami Chock - Casablanca Tel : 0522 2144 97  
I.C.E : 001653224000024

Dental Imaging Software V6, 13, 3, 3

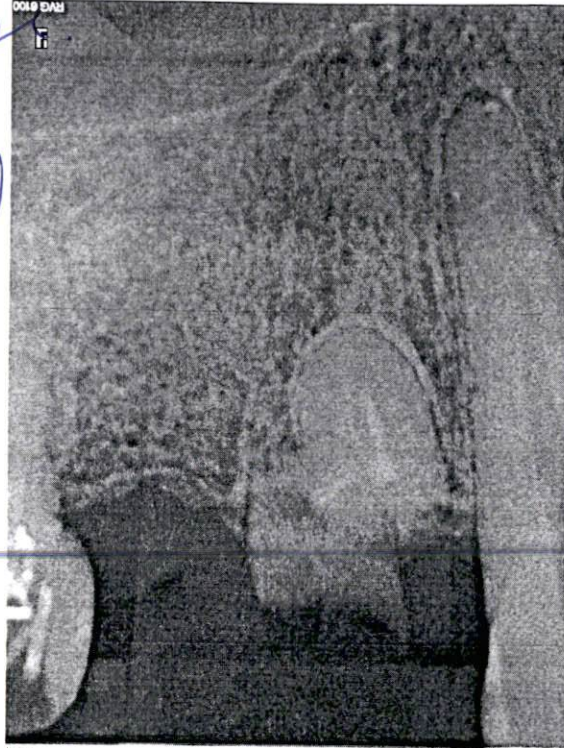
Lin



Rx BV pruthis

*Dr. MRINI*  
**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  
I.C.E. : 001653224000024



Lin

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