

## 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° W19-564316

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 20678 Société : RAM 158265

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : MAMRI Zouha

Date de naissance : 22/08/1945

Adresse : 22 Ibn Boukhiane Appt 4 ACBAM/Rabat

Tél. : 066223402 Total des frais engagés : 250. Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Dr. Nawal MAMRI

Cachet du médecin :

Docteur en Chirurgie Dentaire  
Résidence le Minare Appt. N° 22  
Angle Rue Amman et Rue Yougoslavie  
RABAT Tél. 16 22 22 78

Date de consultation : 10/4/2023

Nom et prénom du malade : Age : 1945

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : infection en 3x3x

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 : Rabat Le : 10/04/23

Signature de l'adhérent(e) :



[illegible]

INP: 104004635

Dr. Nawal Al-Hadi  
Chirurgien Dentaire  
N° 22  
Résidence le Minaret et Rue Yougoslavie  
Rue Amman et Rue Yougoslavie  
Tél. 77 78  
Contant et à la Facture

[illegible]

Montant de la Facture

[illegible]

4.  $\frac{1}{x} \ln(2x)$

### Désignation des Coefficients

Montant  
des Honoraires[illegible]

Cachet et signature  
du Particien

Date des Soins

Nombre		
AM	PC	IM

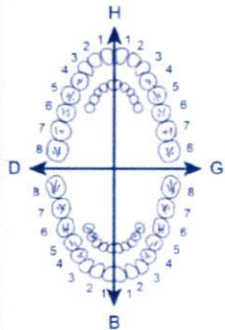
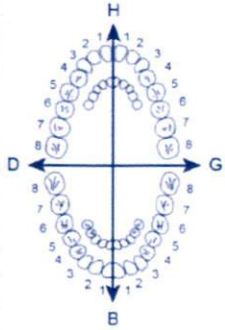
Montant détaillé  
des Honoraires

# 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	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	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 <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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.**

Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
			COEFFICIENT DES TRAVAUX										
			MONTANTS DES SOINS										
			DEBUT D'EXECUTION										
			FIN D'EXECUTION										

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

**O.D.F**  
**PROTHESES DENTAIRES**

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412 | 21433552

**G**

00000000	00000000
35533411	11433553

B

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVISDATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Nawal MAMRI**

Chirurgien Dentiste  
Diplômé de la Faculté  
de Médecine Dentaire  
de Rabat

**الدكتورة نوال معامري**

طبيبة في جراحة الأسنان  
خريجة كلية طب الأسنان  
بالرباط

الهاتف : 05 37 20 07 78

إقامة المنارة - شقة رقم 22 - زاوية، زنقة عمان وزنقة يوغوسلافيا - الرباط

Résidence le Minaret - Apt. N° 22 - Angle Rue Amman et Rue Yougoslavie - Rabat  
(à côté du Cinéma Royal)

Rabat, le 23.04.2000

Ma NAWAL ZOUBIDA

Radio parorange

**Dr. Abdelhafid SBIHI**  
Cabinet de Radiologie de l'Agdal  
82 Bis Av. des Nations Unies, Angle  
Rue Ibn Hanbal, Agdal - Rabat  
Tél.: 0537 67 49 49-Fax: 0537 67 54 07  
INPE : 101125995

**Dr. Nawal MAMRI**  
Docteur en Chirurgie Dentaire  
Tél : 05 37 20 07 78  
08 08 38 67 44

# CABINET DE RADIOLOGIE DE L'AGDAL

82 bis, Av. des Nations Unies - Angle rue Ibn Hanbal  
Tél. : 0537.67.49.49 (Lignes groupées) Fax : 0537.67.54.07

Patente 25705022 IF 0333035 CNSS 2033976

ICE 001615064000010

**Rabat - Agdal**

## FACTURE

Numero:D/00881  
Rabat 11/04/2023

Nom patient	Date examens
MAMRI Zoubida	11/04/2023

Examen(s) Réalisé(s)	Prix Dhs
PANORAMIQUE DENTAIRE (NUMERIQUE )	250,00
<b>TOTAL</b>	<b>250,00</b>

*Arrêtée la présente facture à la somme de:*

**DEUX CENT CINQUANTE DIRHAMS**

**Dr. Abdelhafid SBIHI**  
Cabinet de Radiologie de l'Agdal  
82 bis, Av. des Nations Unies. Angle  
Rue Ibn Hanbal, Agdal - Rabat  
Tél.: 0537 67 49 49-Fax: 0537 67 54 07  
INPE : 101125995

Dr A.SBIHI - Dr A.DINIA - Dr Gh. T.BENJELLOUN - Dr O.KABBAJ



# CABINET DE RADIOLOGIE DE L'AGDAL

Dr Abdelhafid SBIHI - Dr Abdellatif DINIA

Dr Ghita T. BENJELLOUN - Dr Ouafae KABBAJ - Dr Leila SBIHI - Dr Sarrah SEDRATI

Rabat, le 11/04/2023

Mme MAMRI Zoubida (née le 22/08/1945)

Examen demandé par : Dr N. MAMRI

## PANORAMIQUE DENTAIRE

- Nombreuses dents traitées.
- Parodontolyse diffuse.
- Absence d'anomalie de la structure osseuse par ailleurs.
- Aspect normal des articulations temporo-mandibulaires.
- Les fonds des sinus maxillaires sont libres.

  
**Dr. Abdelhafid SBIHI**  
Cabinet de Radiologie de l'Agdal  
82 Bis, Av. des Nations Unies - Agdal  
Rue Ibn Hanbal, Agdal - Rabat  
Tél.: 0537 67 49 49 - Fax: 0537 67 54 07  
INPE : 101125995

A.S/M.N