

# 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

M23-0025061

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

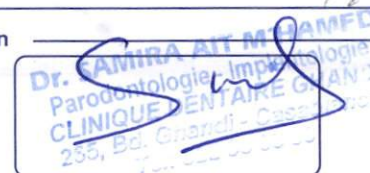
☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5718 Société : RAN  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : HADDAJI EL KHALIL  
 Date de naissance : 27/02/1963  
 Adresse : LOT BLEU ABED NEZI, DAN BOUAZZA  
CASABLANCA  
 Tél. : 0661 336953 Total des frais engagés : #1692,20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/11/2023  
 Nom et prénom du malade : Haddaji El Khalil Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Extraction dentaire  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
 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 : Casablanca

Le : 09/12/2023

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

09/11/23

292,20

# 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

AM

PC

IM

IV

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 :

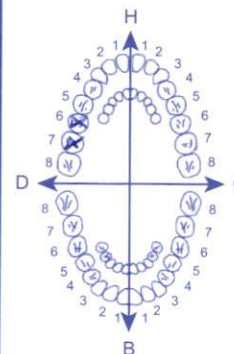
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



16 Exo D<sub>10</sub>

17 Exo D<sub>10</sub>

Coefficient des Travaux

D<sub>20</sub>

Montants des Soins

140010

Début d'exécution

09/11/23

Fin d'exécution

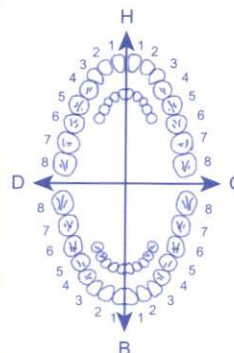
# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# 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'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr Samira Aït Mohamed  
Parodontologie - Implantologie  
Diplômée de la Faculté Dentaire de Paris VII

Dr Ahmed-Faouzi Hatimy  
Dentisterie esthétique - Prothèse dentaire  
Diplômé de la Faculté Dentaire de Paris VII

9/11/2023

Mr Haddaji Ee Khalil.

① Amoxil ep  
no3,60



47,80

47,80 / cf

3 fis

(fin)

6 mis

② Daxep



PPV: 22DH20  
PER: 07/25  
LOT: M2567

22,80 2 cf 3 fis

5 mis

③ Codolipave



69,00 2 cf

3 fis



④ Vita C

naturelle

(aerob)

806  
Net weight: 582568,670092g  
BIOFAR VITA C ACEROLA CP BTE 40  
PPC: 69.00  
Ut Av 02/25 Lot: 2056/5  
IPHADERM  
Lot No / A consommer de préférence avant fin:

🌐 Dentairemaroc.com

📍 265 bd Ghandi - Riviera - Casablanca - ☎ 05 22 98 33 33 / 06 68 33 98 33 - 📞 06 68 33 98 33

✉ cliniquedentaireghandi@hotmail.com - 📷 @drhatimy

Tel: 05 22 29 01 74

29 01 74  
Acm paula

$\times 3$  (15 pins)

## CONSIGNES POST OPÉRATOIRES

### Pour 48h (deux jours)

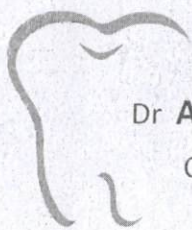
PPV: 49,60 DH  
LOT: 23G11  
EXP: 07/2026

- ✓ Eviter de cracher.
- ✓ Eviter les aliments chauds, acides et durs.
- ✓ Eviter de toucher (avec la langue ou les doigts).
- ✓ Poche de glace.
- ✓ Boire frais, glacé.
- ✓ Brosser les dents normalement mais éviter les zones de traitement.
- ✓ Dans 48h, bain de bouche naturel, eau et sel.

PHARMACIE DAR BOUAZZA  
ZAHZOUHI AMINA  
Dar Bouazza Ouled Jerrar  
BP.93 Dar Bouazza  
Tél. 05 22 25 01 74

**DR. SAMIR A. MOUTARRIF**  
Parodontologie  
**CLINIQUE DENTAIRES ALGERI**  
265, Bd. Gharbi Casablanca  
TEL : 07 268 33 33





Dr AÏT M'HAMED SAMIRA  
CHIRURGIEN DENTISTE

N° de l'IF : 40159185

N° de l'ICE : 001776411000000

## Note d'honoraire N°: 68-F-2023

Date : 09/11/2023

M. HADDAJI EL KHALIL

| Nom de l'acte     | Code | Lettre<br>clé+Coeff | Date       | Dent(s) | Montant      |
|-------------------|------|---------------------|------------|---------|--------------|
| EXTRACTION SIMPLE | -    |                     | 09/11/2023 | 16      | 700,00 DHS   |
| EXTRACTION SIMPLE | -    |                     | 09/11/2023 | 17      | 700,00 DHS   |
| TOTAL             |      |                     |            |         | 1 400,00 DHS |

Mode reglement :

**Arrêté le montant de la facture à la somme de :**

Mille quatre cent MAD

Signature du praticien

  
Dr. SAMIRA AÏT M'HAMED  
Parodontologie - Implantologie  
CLINIQUE DENTAIRE GHANDI  
265, Boulevard Ghandi - Casablanca

265, Boulevard Ghandi Casablanca-Maroc

Page 1 sur 1  
Tel, 05.22.98.33.33

Edité par www.dentaire.casa

