

# 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

M22- 0030734

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3043 Société : RAS  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : HILALI Med  
 Date de naissance :  
 Adresse :  
 Tél. : 0662097996 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Dr ABOU MOUSLIME NAIMA  
 Chirurgien Dentiste  
 Rue Moussa Bnou Nouceir-Berrechid  
 Tél 05 22 33 67 32  
 ICE 001867013000094  
 Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 28/12/22  
 Nom et prénom du malade : D<sup>r</sup> HILALI Mohamed Age:  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : prothèse 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 : Le :  
 Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0030734

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 :  
 Nom de l'adhérent(e) :  
 Total des frais engagés :  
 Date de dépôt :

### 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

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>[Signature]</i>	7 DEC. 2022	22	200,00

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### VOLET ADHERENT

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

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

#### Important :

Veillez 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 <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																			
<p><i>Bridge Complet</i></p>	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text" value="150"/>	
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="28000"/>																
<i>Bridge Complet haut</i> <i>Mu Comonomer Cemo -</i> <i>te type (MCCM)</i> <i>7 X X X 3 2 X X 3 X 5 6 X</i>			DATE DU DEVIS <input type="text" value="28/12/22"/>																	
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																	

**ABOUMOUSLIME NAIMA**  
 Dentiste  
 Rue Moussa Brou Nouceur  
 Tél 05 22 33 67 32  
 ICE 001867013000094

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Naima ABOUMOUSLIME

CHIRURGIEN - DENTISTE

ORTHODONTISTE

Diplômée d'état de la faculté de Médecine  
et de Chirurgie Dentaire de Casablanca



الدكتورة نعيمة أبو مسلم

طبيبة جراحة للأسنان

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

Berrechid le : 27/12/22 : برشيد في

Rachid Lougani  
R M HILALI

Dr. ABOUMOUSLIME NAIMA  
Chirurgien Dentiste  
99-99, Rue Yank Bnou Zaid Berrechid  
Tél : 05 22 33 67 32

~~Dr. ABOUMOUSLIME NAIMA  
Chirurgien Dentiste  
Rue Moussa Bnou Nouceir Berrechid  
Tél : 05 22 33 67 32  
ICE 00186701300094~~

97, شارع موسى بن نصير رقم الشقة 8 الطابق 2 (قرب المقاطعة الثانية) الهاتف : 05 22 33 67 32  
97, Bd Moussa Bnou Nouceir Appt 8 - 2ème Etage - Berrechid - Tél : 05 22 33 67 32

# مركز التشخيص الطبي بالأشعة برشيد

## CENTRE DE RADIOLOGIE BERRECHID

**Dr. Ali AZZAOU**

Diplôme d'études Spéciales de Radiologie (C.E.S)  
de la Faculté de Médecine  
de MONTPELLIER - FRANCE

**SPECIALISTE**  
RADIOLOGIE GENERALE - MAMMOGRAPHIE  
ECHOGRAPHIE - DOPPLER COULEUR - RADIO - PEDIATRIE  
PANORAMIQUE DENTAIRE - TELE CRANE 4M

Ancien Médecin Attaché des Hôpitaux (C.H.U)  
DE MONTPELLIER  
Ancien Praticien Hospitalier à l'Hôpital de  
MILLAU (FRANCE)



**الدكتور علي عزاوي**

إختصاصي في التشخيص الطبي

بالأشعة والإيكوغرافيا

خريج كلية الطب بمونبولي (فرنسا)

طبيب سابق بالمستشفيات

الجامعية بمونبولي

برشيد، في : ..... Berrechid, le :

27 DEC. 2022

**Facture A014/2022**

Je soussigné certifié avoir réalisé un examen

Examen Pratique : panoramique dentaire

Nom et Prénom : **HILALI MOHAMED**

Pour la somme : 200.00 DH

Deux cents dirhams

Signé : DR. A.AZZAOU

Dr. ALI AZZAOU  
38-38, Rue Tarik Ibn Ziad - Berrechid  
Tél.: 05 22 33 63 73 - 08 08 35 12 64

36-38, Rue Tarik Ibn Ziad - Berrechid

Tél.: 05 22 33 63 73 - 08 08 35 12 64

38-38, زنقة طارق ابن زياد - برشيد

الهاتف : 05 22 33 63 73 - 08 08 35 12 64

# مركز التشخيص الطبي بالأشعة برشيد

## CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC BERRECHID

**Dr. Ali AZZAOU**

Diplôme d'études Spéciales de Radiologie (C.E.S)  
de la Faculté de Médecine  
de MONTPELLIER - FRANCE

SPECIALISTE  
RADIOLOGIE GENERALE – MAMMOGRAPHIE  
ECHOGRAPHIE - DOPPLER COULEUR – RADIO - PEDIATRIE  
PANORAMIQUE DENTAIRE – TELE CRANE 4M  
Ancien Médecin Attaché des Hôpitaux (C.H.U)  
DE MONTPELLIER  
Ancien Praticien Hospitalier à l'Hôpital de  
MILLAU (FRANCE)



**الدكتور علي عزاوي**

إختصاصي في التشخيص الطبي

بالأشعة والإيكوغرافيا

خريج كلية الطب بمونبولي (فرنسا)

طبيب سابق بالمستشفيات

الجامعية بمونبولي

برشيد، في : ..... Berrechid, le :

27 DEC. 2022

**Nom et Prénom : HILALI MOHAMED**  
**Examen Pratiqé : Rx panoramique dentaire**  
**Médecin demandeur : Dr. ABOUMOUSLIME**

**Cher confrère**  
**Merci de la confiance que vous nous témoignez**

### COMPTE RENDU :

- Sinus maxillaires de transparence habituelle
- Intégrité des condyles
- Présence d'une image radio-clair apicale (granulome) au niveau de l'hémi-maxillaire inférieur gauche

**Confraternellement**  
**Signé : Dr A.AZZAOU**

36-38, Rue Tarik Ibn Ziad - Berrechid

Tél.: 05 22 33 63 73 - 08 08 35 12 64

38-36, زنقة طارق ابن زياد – برشيد

الهاتف : 05 22 33 63 73 - 08 08 35 12 64

