

# 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](http://www.mupras.com)

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 07364

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MENOUNY AMINE

Date de naissance : 23/05/1970

Adresse :

Tél. : 0666966842

Total des frais engagés

Cadre réservé au Médecin

Dr Zouhain ABDELLAH  
Orthodontiste Exclusif  
105 Avenue Marsa Remu  
etage App 1 Casablanca  
Tel 0522 80 58 06

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/07/2019

Nom et prénom du malade : MENOUNY RITA Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Nature de la maladie : DDM

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

RAS

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration.  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19-037077

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 :

Signature :

Date de signature :

Signature :

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

## EXECUTION DES ORDONNANCES

et du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

Net et signature du Soigneur 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
		AM	PC	IM	IV	

## VOLET ADHERENT

STOPEC

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

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### Important :

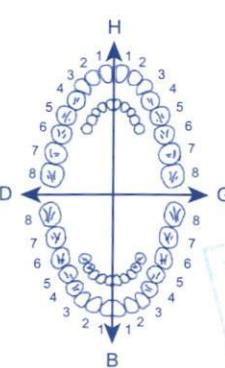
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient

Bilan ODF D<sub>45</sub>  
Radio panorex  
Dr Zouhair ABIDINE  
Orthodontiste Exclusive  
106 Avenue 2 Mars 2<sup>e</sup> étage App 80 58 06  
Tel 0527 80 58 06

manque Analyse cephalometrique  
Re plan FIN D'EXECUTION

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
H 25533412 21433552 D 00000000 00000000
G 35533411 11433553
B



[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

20 SEP. 2010

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

D<sub>45</sub>

MONTANTS DES SOINS

1000,00 D<sub>45</sub>

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

231

DATE DU DEVIS

20/09/2010

DATE DE L'EXECUTION

# Dr. ABIDINE ZOUHAIR

Spécialiste en Orthopédie Dento-Faciale  
Orthodontie de l'adulte et de l'enfant  
Master Européen Damon, Madrid  
Master Européen en Orthodontie Invisible  
Invisalign, Malaga  
Membre du Collège Européen d'Orthodontie



Casablanca, le ..... 20.03.07.2019

Facture

Je vous remercie avoir résu de l'ontien Renouy Ame  
la somme de mille dirhams (1000,00 DH)  
pour le Bilan ODF de mon enfant Rita menouly

Pourrir Complément du Bilan ODF  
(Analyse céphalique + plan de +)

20 SEP. 2019

Dr Zouhair ABIDINE  
Orthodontie Exclusive  
105 Avenue 2 mars 2 ème  
étage App 5 casablanca  
Tel +212 522 80 58 06

CP du  
Bila  
mon pourri

Bila

231  
MK

105 Avenue 2 Mars, 2ème Etage, Appt 5, Casablanca

Tel. +212 5 22 805 806

Mail. info@dentalclinic2mars.com

Web. www.dentalclinic2mars.com

# Dr. ABIDINE ZOUHAIR

Spécialiste en Orthopédie Dentofaciale  
Orthodontie de l'adulte et de l'enfant  
Master Européen Damon, Madrid  
Master Européen en Orthodontie Invisible  
Invisalign, Malaga  
Membre du Collège Européen d'Orthodontie



Casablanca, le 12.05.2012

## Compte Rendu

### Pantomie

- 48, 38, 27 en état de genc.
- 13, 23 : incluse
- 18 : absente.

### Radiographie de profil

Bipro alvéolie maxillaire et mandibulaire.

105 Avenue 2 Mars, 2ème Etage, Appt 5, Casablanca

Tel. +212 5 22 805 806

Mail. info@dentalclinic2mars.com

Web. www.dentalclinic2mars.com

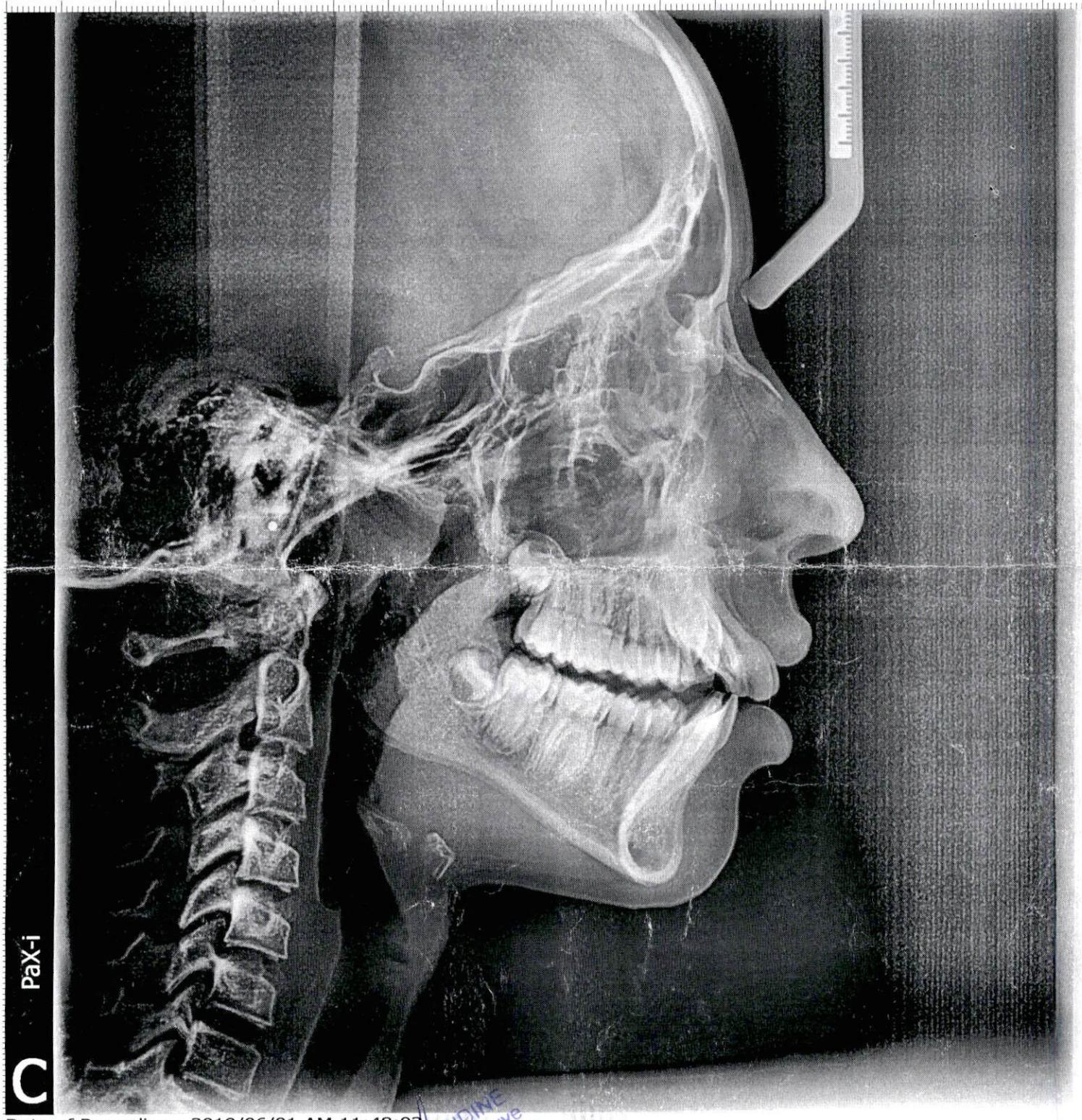
Dr Zouhair ABIDINE  
Orthodontiste Exclusive  
105 Avenue 2 mars 2 ème  
étage App 5 casablanca  
Tel 0522 80 58 06

Bilan opF : Radiographie de profil.

27 SEP. 2019

X

Name : rita, menouny(Femme) Chart No : 20190601\_114141  
Date of Birth : 2007/12/10(YYYY/MM/DD)



Date of Recording : 2019/06/01 AM 11:48:03  
kVp : 80.0 mA : 10.0 DAP : 0.1802

Dr Zouhair ARDINE  
Orthodontie Exclusive  
105 Avenue Charles 2 ème  
étage Appart casablanca  
tel: 0622 80 58 06

Bilan oDF

Radiographie para ortho

Name : rita, menouny(Femme) Chart No : 20190601\_114141

Date of Birth : 2007/12/10(YYYY/MM/DD)



Date of Recording : 2019/06/01 AM 11:45:27  
kVp : 67.0 mA : 8.0 DAP : 0.5403

Dr Zouhair ABIDINE  
Orthodontics Exclusive  
105 Avenue 2 Mars 2 ème  
étage App 5 Casablanca  
tel 0523 80 58 06

N

17 SEP. 2019