

# 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.

## Biologie 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.

## Education :

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.

## Prothèse :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

## 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° P19-0032326

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8571 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : ALAIL ALI HASSAN

Date de naissance : 29.07.1968

Adresse : 17 RUE BEAUFORT NAKHIL OPHIP CASA

Tél. : 0663565364 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age: / /

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

Nature de la maladie : / /

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) : /



# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prie de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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	Coefficient des soins															
	01-08-19	Delatage		24															
	03-08-19	Delatage		6000H															
			01-08-19																
			03-08-19																
O.D.F. Prothèses dentaires				Coefficient des travaux															
	Détermination du coefficient masticatoire																		
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553			Montant des soins
H		G																	
25533412	21433552	00000000	00000000																
00000000	00000000	00000000	00000000																
35533411	11433553																		
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession				Date du devis															
				Fin de															

<b>VOLET ADHERENT</b>		NOM : .....	Mle
DECLARATION N°	W18-395979		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois			
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			



W18-395979

DATE DE DEPOT

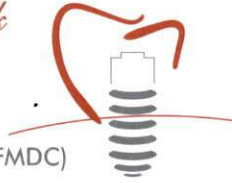
...../...../201...

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle 8571
Nom & Prénom ALI ALI HASSAN		
Fonction : Employé	Phones : 0663565364	
Mail : HELLALIA@royalairmaroc.ma		
<b>MEDECIN</b>		
Prénom du patient .....		
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>
Age .....	Date .....	Date 1ère visite .....
Nature de la maladie		
Parodontite		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<b>PHARMACIE</b>		
Date 05/08/19		
Montant de la facture		
8276.		
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		
Date : .....		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		
Date : .....		
Nombre		
AM	PC	IM IV
Montant détaillé des Honoraires		

*Dr. Nadia Ausalah Taoufik*

**Chirurgien Dentiste**

CES de Parodontologie (Paris VII)  
Diplôme National de Parodontologie (FMDC)  
DU en Implantologie orale  
(FMC - ParisV)  
DU en Esthétique Dentaire (Marseille)  
CEU en Prothèse fixée (Marseille)  
Ex attachée d'enseignement  
à la FMDC



**د. نادية أوصالم توفيق**

**طبيبة جراحة للأسنان**

متخصصة في اللثة و زراعة الأسنان  
شهادة جامعية في أمراض اللثة  
شهادة جامعية لجراحة وزرع الأسنان بباريس  
شهادة جامعية في تجميل الأسنان  
شهادة جامعية في التعويض الثابت  
ملحقة سابقا بالتعليم  
في كلية الطب والأسنان بالدار البيضاء

Casablanca, le

03/08/19

01 OCT 2019

Bhr  
D12

Note d'honneur

M<sup>r</sup> Hassan AL Hilal

Parodontite.

Détartrage sur ging D300

Détartrage sur ging D300

total : 600 Ddh

234. شارع أنوال. إقامة أنوال أفراح. الطابق الأول. الرقم 2 - الدار البيضاء

234, Bd. Anoual, Résidence Anoual Afrah, 1<sup>ère</sup> étage, Appt. N° 2 - Casablanca

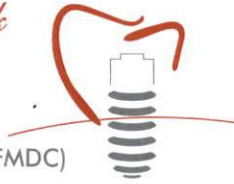
Tél.: 05 22 86 56 80 - Fax: 05 22 86 56 82 : الفاكس : 05 22 86 56 80 - الهاتف



*Dr. Nadia Ausalah Taoufik*

**Chirurgien Dentiste**

CES de Parodontologie (Paris VII)  
Diplôme National de Parodontologie (FMDC)  
DU en Implantologie orale  
(FMC - ParisV)  
DU en Esthétique Dentaire (Marseille)  
CEU en Prothèse fixée (Marseille)  
Ex attachée d'enseignement  
à la FMDC



**د. نادية أوصالم توفيق**

**طبيبة جراحة للأسنان**

متخصصة في اللثة و زراعة الأسنان  
شهادة جامعية في أمراض اللثة  
شهادة جامعية لجراحة وزرع الأسنان بباريس  
شهادة جامعية في تجميل الأسنان  
شهادة جامعية في التعويض الثابت  
ملحقة سابقا بالتعليم  
في كلية الطب والأسنان بالدار البيضاء

Casablanca, le

03/08/15

N° Hassan Al Hilali

huile essentielle

Arbre de girofle

Dr. Nadia Ausalah Taoufik  
Chirurgien Dentiste  
Spécialiste en  
Parodontologie-Implantologie  
234, Bd. Anoual, Résidence Anoual Afrah, 1<sup>ère</sup> étage, Appt. N° 2 - Casablanca  
Tél.: 05 22 86 56 80 - Fax: 05 22 86 56 82

Dr. Nadia Ausalah Taoufik  
Chirurgien Dentiste  
Spécialiste en  
Parodontologie-Implantologie  
234, Bd. Anoual, Résidence Anoual Afrah, 1<sup>ère</sup> étage, Appt. N° 2 - Casablanca  
Tél.: 05 22 86 56 80 - Fax: 05 22 86 56 82

234, شارع أنوال, إقامة أنوال أفراح, الطابق الأول, الرقم 2 - الدار البيضاء  
234, Bd. Anoual, Résidence Anoual Afrah, 1<sup>ère</sup> étage, Appt. N° 2 - Casablanca  
Tél.: 05 22 86 56 80 - Fax: 05 22 86 56 82 : الفاكس : 05 22 86 56 80 : الهاتف

Le .....

## Produits Curaprox

### Brossettes Interdentaires :

#### Brossettes Prime :

- ☐ CPS Prime plus 06
- ☒ CPS Prime plus 07
- ☐ CPS Prime plus 08
- ☒ CPS Prime plus 09
- ☐ CPS Prime plus 011
- ☐ CPS Prime plus Mixte
- ☐ CPS 457 pocket set

#### Brossettes Paro et Implanto :

- ☐ CPS PERIO 405
- ☐ CPS PERIO 406
- ☐ CPS PERIO 408
- ☐ CPS PERIO 410
- ☐ CPS 508 soft Implant
- ☐ Kit d'hygiène Implant

#### Brossettes Ortho :

- ☐ CPS ORTHO 14
- ☐ CPS ORTHO 18

### Brosses à dents :

- ☐ CS 5460 ultra soft
- ☐ CS 5460 Ortho
- ☐ CS Surgical
- ☐ CS 1006 Single monotouffe
- ☐ Cs 708 ortho-implant
- ☐ Brosse pour prothèses BDC 152
- ☐ Curakid Ck 4260 "0 à 4 ans"
- ☐ CS Smart
- ☐ Hydrosonic CHS 100
- ☐ Recharges CHS 200 SENSITIVE
- ☐ Recharges CHS 300 POWER

### Gratte-langue :

- ☐ CTC 202

## ORDONNANCE

# CURAPROX

**MIND THE GAP!**

### Fils dentaires :

- ☐ DF 834 Ciré Mentholé
- ☐ DF 845 Implant & bracket

### Pâte dentifrice :

- ☐ Enzykal 75ml

### Dentifrices Blanchissants :

- ☐ Black is White
- ☐ White is Black
- ☐ BE YOU challenger (Gin Tonic + Kaki)
- ☐ BE YOU daydreamer (Mure + Reglisse)
- ☐ BE YOU explorer (Pomme + Aloe Vera)
- ☐ BE YOU candy lover (Pastèque)
- ☐ BE YOU rising star (Pamplemousse + Bergamotte)
- ☐ BE YOU pure happiness (Pêche + Abricot)
- ☐ BE YOU Pack de 6 dentifrices combinés

### Révéléteur de plaque :

- ☐ PCA 223

## Produits Curasept

### Gels Dentifrices :

- ☐ Curasept ADS 705 (0,05 % CHX + 0,05% F) 75ml
- ☐ Curasept ADS 712 (0,12 % CHX ) 75ml

### Gel Gingival :

- ☐ Curasept ADS 350 (0,50 % CHX) 30ml

### Bains de bouche :

- ☐ Curasept ADS 205 (0,05 % CHX & 0,05% F) 200ml
- ☐ Curasept ADS 212 (0,12% CHX) 200ml
- ☐ Curasept ADS 220 (0,20% CHX) 200ml

 **SWISS PREMIUM ORAL CARE**

Distributeur exclusif Synerge pharm

Tél: 05 22 29 37 72 / Casa : 06 68 90 52 54 / 06 61 21 97 48 Rabat Tél: 06 66 15 21 41

E-mail: [contact@synergepharm.com](mailto:contact@synergepharm.com) Site web : [www.curaprox.com](http://www.curaprox.com)

S A B E M

20, Rue Al Ghadfa Maarif Casablanca  
Tél:0522 98.42.76/98.42.95CASABLANCA  
Patente:35800467 IF:1004077 RC:95493  
ICE:000231022000088

Ticket N°:190079901 05/08/2019 16:43:28  
Client:CLIENT SHOW LATIFA'S ESPE  
CE

Qté!	Désignation	! P.U	! Total
1	GPH H.ESS CLOU GIROFL	87.75	87.75
1	CURAPROX INTER PRIME	82.76	82.76
1	CURAPROX INTER PRIMEO	82.76	82.76
-----			
DONT TVA:	42.21	TOTAL :	253.27
1 = 7% =	0.00	VERSS. :	300.27
2 =20% =	42.21	RENDU :	47.00

Merci de Votre Visite