

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **ditions 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.

## **éducation :**

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

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 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

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3538 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

N° P19-0027714

Dos n° 9979

Optique

Autres

Nom & Prénom :

CHOUKAI LI NOUPLA

Date de naissance :

25/07/1959

Adresse :

790 Avenue Abdellah Kéita Pol 2

Tél. :

0661 0589 82

Total des frais engagés :

5805,10

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr Alami M.Dioury Hanane**  
Chirurgien Dentiste  
64 Rue Allal Ben Abdallah , 2<sup>e</sup> Et.  
Casablanca  
Tél: 05 22 47 18 69

RA  
27 NOV. 2019

Date de consultation : 28/10/19

Nom et prénom du malade : CHOUKAI LI NOUPLA

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : soins dentaires

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 : CAF

Le : 27/11/19

Signature de l'adhérent(e) : Q. Alami

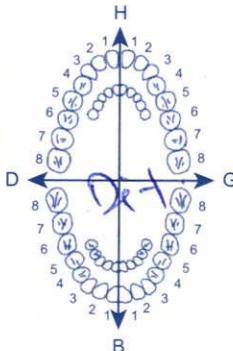
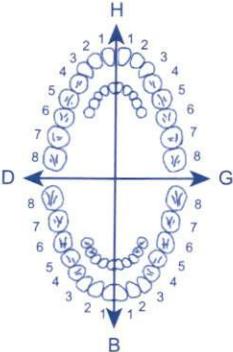
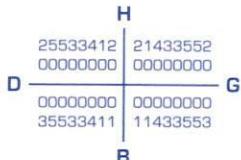
AS

# 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		
	<i>Consultation</i> <i>D<sub>4</sub></i>			CŒFFICIENT DES TRAVAUX	
	<i>Détartrage</i> <i>D<sub>4</sub></i>			MONTANTS DES SOINS	
	<i>Réinforcement</i>			DEBUT D'EXECUTION	
				FIN D'EXECUTION	
				750,	
				20.11.15.	
				26.11.15	
		<b>ODF PROTHÉSES DENTAIRES</b>			CŒFFICIENT DES TRAVAUX
		<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b>			MONTANTS DES SOINS
					DATE DU DEVIS
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

*Dr Ahmed M. Louai Mahjane*

Chirurgien Dentiste

64 , Rue Alal Ben Abdallah , 2<sup>e</sup> Etg

Casablanca

Tel: 05 22 47 18 69

## RELEVE 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
DU MARCHE CASA - Tel: 022-221948 152 B MOHAMMED V PHARMACEUTIQUE	20/11/18	55,10

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### **Important :**

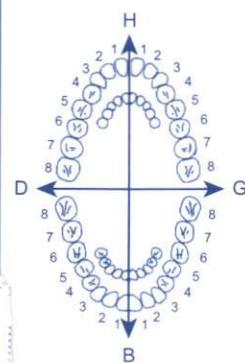
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
		Consultation	D <sub>4</sub>	COEFFICIENT DES TRAVAUX
		Détartrage	D <sub>14</sub>	
		Jointure		MONTANTS DES SOINS
				750
				DEBUT D'EXECUTION
				20.11
				FIN D'EXECUTION
				26.11

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



(Création, remont, adjonction)

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

#### VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Alain M. Bouyoum  
Gastroenterologist

Chirurgien-Dkt

~~64, Rue Khalil Ben Abdallah  
Casablanca~~

~~LIBRERIA  
1990 22 47 18 69~~

Dr ALAMI DIOURY Hanane  
Chirurgien Dentiste

الدكتورة علمي ديوري حنان  
طبيبة جراحة للأسنان

Casablanca, le 20.11.19

Dr SHOUKRI RI Noumia

On pose folis gel fixatif

55,10 Applied loose 26/1ser

PHARMACIE  
DU MARCHE CENTRAL  
152, Bd Mohammed V  
Casablanca - Tel. 0522 22 19 48

Pharmacie du Marché central  
Sans prospectus

PHARMACIE DU MARCHE CENTRAL  
Sans vignette

Dr Alami M.Djoury Hanane  
Chirurgien Dentiste  
64, Rue Allal Ben Abdallah, 2<sup>e</sup> Etg  
Casablanca  
Tel: 05 22 47 18 69

OROPROPOLIS OROPROPOLIS OROPROPOLIS

**Indications :**

\* Irritation de la muqueuse bucco-gingival.

\* Agressions dues aux prothèses dentaires.

\* Eruption dentaire du nourrisson et du petit enfant.

\* Hygiène de la cavité buccale.

**Mode d'emploi :**

Appliquer une noisette de baume sur un doigt propre et masser les gencives, jusqu'à pénétration complète. Renouveler l'opération 4 à 5 fois par jour.

**Composition :**

\* Extrait purifié de Propolis 5% \* Arome naturel d'orange 1% \* Excipients q.s.p 20 ml

**Restriction d'utilisation :**

Sujet allergique au miel et aux pollens.

Persons allergic to honey and pollens.

# ORO<sup>®</sup>PROPOLIS

GINGIVAL BALM  
Bébés - Enfants - Adultes



# ORO<sup>®</sup>PROPOLIS

BAUME  
BUCCO-GINGIVAL  
Nourrissons - Enfants - Adultes



**Indications :**

\* Irritation of the bucco-gingival mucous membrane.

\* Dental eruption of the nurssling.

\* Aggressions to the dental protheses.

**Application :**

With a clean finger, apply a small Oropropolis portion balm and massage the gums, until complete penetration. Repeat 4 or 5 times day.

**Contraindication :**

Persons allergic to honey and pollens.

Extrait Actif de Propolis



Laboratoires PHARMASOFT  
Tél: 05 35 80 33 88  
Fax: 05 35 80 39 18  
B.P.: 5751 - FEZ

# ORO<sup>®</sup>PROPOLIS

BAUME BUCCO-GINGIVAL

Nourrissons - Enfants - Adultes

