

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## entaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## 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 caractére personnel.

**MUPRAS** : Centre Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

bbv  
AVOUB  
18/12  
76361

AVOUB  
18/12  
76361

## Déclaration de Maladie : N° P19-0002559

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8214 Société : RAA

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ANOR GHALI Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661 31 83 21 Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Radi

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) :

**VOLET ADHÉRENT**

Déclaration de maladie N° P19-0002559 MUPRAS

17 NOV. 2019

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 : 8214  
Nom de l'adhérent(e) : Radi  
Total des frais engagés : 0.00 Dhs  
Date de dépôt : 17 NOV. 2019

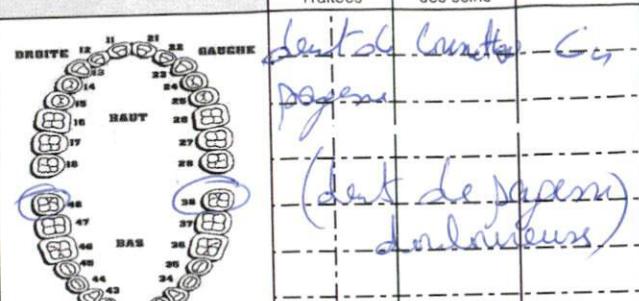
## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

**SOINS DENTAIRES**



Dents  
Traitées

Nature  
des soins

Coefficient

Coefficient des

C<sub>4</sub>

Montant des soins

gratuit

Début d'exécution

09/07/19

Fin d'exécution

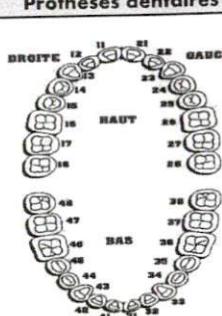
Coefficient  
des travaux

Montant des soins

Date du devis

Fin de

## ODF Prothèses dentaires



Détermination du coefficient masticatoire

H	G
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, Remont, adjonction)  
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

Signature et datation du praticien  
Attestation de devis

Dr. ALAMI MEJJATI Sanaâ  
CHIRURGIEN DENTISTE  
Jeb El Amal - Complexe résidentiel de  
la Commune d'Hay Hassani  
Bd. Ibn Sina - 1er étage - 3001  
Tél. 0136.44.31.36

VOLET ADHERENT

NOM :

Mme

DECLARATION N°

W18-377859

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mme 8214

Signature de  
l'adhérent  
Signature de  
l'adhérent

Nom & Prénom : AMOR GHALI

Fonction : CDP Phone : 0661.31.83.71

Mail : amor.ghali@smail.com

MEDECIN

Prénom du patient

RADIA

Adhérent  Conjoint  Enfant  Age : 01/07/19

Date 01/07/19

Date 1ère visite

Nature de la maladie

soins dentaires

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des  
honoraires

Consultation

C<sub>4</sub>

gratuit

PHARMACIE

Date :

Montant de la facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date : 11.07.19

Désignation des  
Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

290

900,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre

Montant détaillé des  
Honoraires

AM

PC

IM

IV

CACHET

Signature de  
CENTRE RADIOSURGIE  
RECEPTION 8  
5, rue Al Aberraatz  
Casablanca  
Tél. 0137.01.04.07.00

Signature de  
CENTRE RADIOSURGIE  
RECEPTION 8  
5, rue Al Aberraatz  
Casablanca  
Tél. 0137.01.04.07.00

# CABINET DENTAIRE

Dr Sanaa ALAMI MEJJATI  
Chirurgien Dentiste

Casablanca, le 09/07/2019

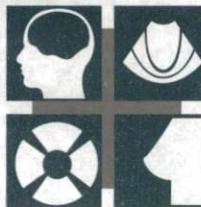
7<sup>me</sup> Ammar Radia.

Cône Becl Tandibulair

**Dr. ALAMI MEJJATI Sanaâ**  
**CHIRURGIEN DENTISTE**  
Derb El Amal - Complexe résidentiel de  
la Commune Urbaine de "ay Hassani"  
Bd. Ibn Sina 1<sup>er</sup> étage - App. 6 - CASA  
Tél: 05 22 91 36 44 / 91 36 66

**CENTRE RADIODIAGNOSTIQUE A...**  
5, Rue Ali Abderrahman  
Tél: 05 22 91 36 44 - Fax: 05 22 91 36 66

مركز أنفا للفحص بالأشعة



CENTRE RADILOGIE ANFA

Casablanca, le 11/07/2019

Facture N° 3694

Nom patient : AMOR RADIA

Examen(s) réalisé(s) :  
CONE BEAM 1 MACHOIRE

Montant : neuf cents (900 DH)

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
NEUF CENTS DH

REGLEMENT : ESPECES

*Centre Radiologie ANFA*  
5, rue Ali Abderrazak  
CASABLANCA  
Tél.: 94.97.90  
Fax: 94.97.90

## Docteur Jawad EL AOUD

Ancien Interne en Titre des Hôpitaux de Montpellier  
Spécialiste en Radiodiagnostic et Imagerie Médicale  
D.E.S de Radiologie  
Membre de la Société Française de Radiologie  
Docteur d'Etat en Médecine



مركز أنفا للفحص بالأشعة  
**CENTRE RADILOGIE ANFA**

Casablanca, le 11/07/2019

Patient : AMOR RADIA

## CONE BEAM

*Mon cher confrère,  
Veuillez trouver ci-dessous le compte rendu de l'examen pratiqué dans notre centre.*

### Indication :

Bilan pré-chirurgical des dents de sagesse.

### Technique :

L'examen est effectué sur un Cone Beam Planmeca 3D+ mis en service en janvier 2018.

### Automatisation de la reconstruction

Une série de reconstructions coronales obliques est réalisée perpendiculaire à l'arcade mandibulaire.

L'ensemble des images présentées sont **en grandeur réelle** permettant une mesure directe sans coefficient de l agrandissement.

### Résultats :

**Dent n°38 :** visible sur les coupes 127 à 144. Le canal mandibulaire est au contact des racines de cette dent sur les coupes 134 à 144 soit sur 10mm. La racine de la dent provoque un discret effet de masse sur le canal mandibulaire.

**Dent n°48 :** visible sur les coupes 8 à 24 avec présence d'un contact sur les coupes 9 à 14 sans effet de masse entre les racines et le canal mandibulaire.

### Conclusion :

**Contact entre le canal mandibulaire et la racine des deux dents de sagesse.**  
**Ce contact est nettement plus important à gauche où il existe en plus un effet de masse de la racine sur le canal mandibulaire.**

NB : ci-joint un DVD dont la lecture nécessite au minimum 8 Giga de RAM.

Merci de votre confiance

Docteur Jawad EL AOUD