

## 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 à caractère personnel.

N° W21-771864

150506

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	3331	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	DAKIR ABDELMAJID
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 0661334420 Total des frais engagés : 801,20 Dhs			

Autorisation CNPD N° : A-A-215/2019

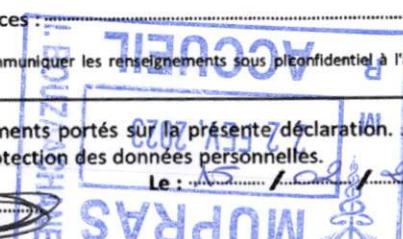
Cadre réservé au Médecin			
Dr. GAIM Mohamed Chirurgien Dentiste Lot. E Massira El Hassania, Rue + N° 23 Eloufa - Casablanca Tel : 05 22 90 15 14			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : DAKIR ABDELMAJID Age :			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Sénior 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 : CASABLANCA

Le : 1/06/2019

Signature de l'adhérent(e) :



### 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
				INP : <input type="text"/>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMÉE RÉSIDENCE ANNAIM	14/02/2023	
Sihem GUERRAOUI	02	
Doc. Pharmacie	2023	
4, Résidence Annaim Oulfa	15/02/2023	
922.68.43.09 - Casablanca	02	
<b>092050293</b>	2023	
		<b>T. 241.00 DTT</b>
		<b>T. 771.20 DTT</b>

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particier	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
	44 47 10 12	Extr const	D <sub>xx</sub> C <sub>3</sub>	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> + D <sub>xx</sub> <sub>x2</sub>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DR. GAIM Mohamed Chirurgien Dentiste Casablanca, Rue 22, N° 23 Oulfa Casablanca, Tél: 05 22 90 15 14
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> 14.02.2023
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/> 15.02.2023

### ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
H	25533412 21433552 00000000 00000000
D	00000000 00000000 35533411 11433553
B	
G	
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	

### CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Dr. GAIM Mohamed Chirurgien Dentiste Casablanca, Rue 22, N° 23 Oulfa Casablanca, Tél: 05 22 90 15 14  
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Gaim Mohamed  
Chirurgien Dentiste  
Soins, prothèse,  
Blanchiment et Orthodontie,  
Implantologie



د. كايم محمد  
طبيب جراحي للأسنان  
علاج، تعويض  
تقحيم و تبييض الأسنان  
زراعة الأسنان

Casablanca, le: 15.02.23

Mr. DAKIR ABDELNAJID

PPV: 55,00 DH  
LOT: 650864  
PER: 10/24

4, Résidence Annaim Oulfa  
Tél: 922.59.43.09 - Casablanca



~~55,00~~  
① Anseul 15  
10 x 2/1 Rds 7j

22.20

② codolipr  
10 x 3) 100 ml

T: 77.20 DH

Dr. GAIM Mohamed  
Chirurgien Dentiste  
Lot. El Massira El Hassania Rue 4, N°23  
Tél. 05 22 90 15 14

تجزئة المسيرة الحسنية زنقة 4 رقم 23 - الألفة - الدار البيضاء  
Lot. El Massira El Hassania Rue 4, N°23 - Oulfa Casablanca  
الهاتف: 05 22 90 15 14

Dr. Gaim Mohamed  
Chirurgien Dentiste  
Soins, prothèse,  
Blanchiment et Orthodontie,  
Implantologie



د. كايم محمد  
طبيب جراحي للأسنان  
علاج، تعويض  
تقويم و تبييض الأسنان  
زراعة الأسنان

Casablanca, le: 11.01.23

Mr. DAKIR ABDEL NAJID

24,00  
① Cart. fl. 50  
1.00 3/11 51



LOT: M22114  
EXP: AOU 2025  
PPV: 24,00 DH

PHARMACIE RÉSIDENCE ANNAIM  
Sidi Abdellah  
Dokan  
4, Résidence Annaim Oulfa  
Tél.: 022.88.48.09 - Casablanca

T: 24,00 DH

Dr. GAIM Mohamed  
Chirurgien Dentiste  
Lot. El Massira El Hassania, Rue 4  
N° 23 Oulfa - Casablanca  
Tél: 05 22 90 15 14

تجزئة المسيرة الحسنية زنقة 4 رقم 23 - الألفة - الدار البيضاء  
Lot. El Massira El Hassania Rue 4, N°23 - Oulfa Casablanca  
الهاتف: 05 22 90 15 14



Dr. Gaim Mohamed

Chirurgien Dentiste

Lot. El Massira El Hassania Rue 4 N°23 Oulfa CASABLANCA

## Facture 2023037

Realisée le 15/02/2023

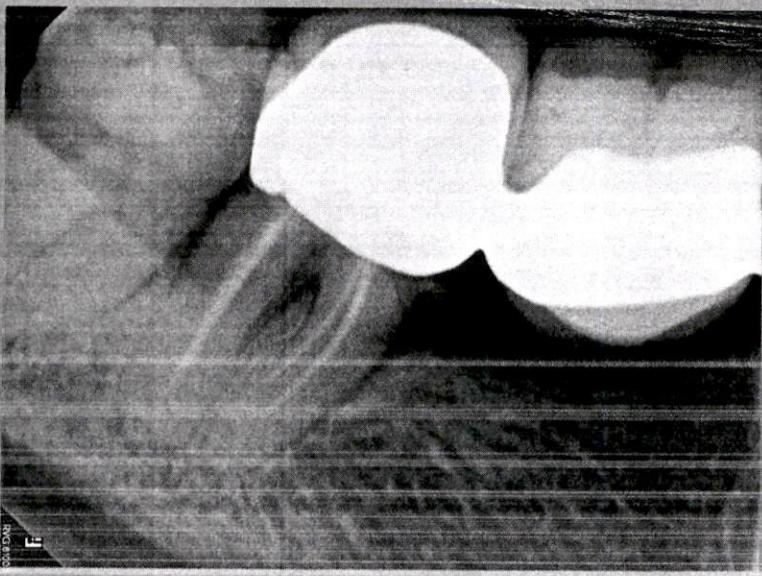
Je soussigne Dr. GAIM MOHAMED avoir reçu de la part du patient(e) DAKIR ABDELMAJID Montant de 700. 00 DHS (SEPT CENT DHS ) réalisation de :

Désignation	Prix
CONSULTATION	200,00
EXTRACTION 47,44	500,00
<b>TOTAL</b>	<b>700,00</b>

Signature:

Dr. GAIM Mohamed  
Chirurgien Dentiste  
Lot. El Massira El Hassania, Rue 4  
N°23 Oulfa - Casablanca  
Tél : 05 22 90 15 14

Lot El Massira El Hassania Rue 4 Nr° 23 Oulfa Casablanca Tel : 0522901514  
ICE : 001537694000008 / IF : 18725802



Dr. GAIM MOHAMED  
Dakir Abdelmajid  
Lot E123 - Unit 0522 - 01514  
Lot E123 - Unit 0522 - 01514  
Lot E123 - Unit 0522 - 01514

DR. GAIM MOHAMED  
DAKIR ABDELMAJID 4/02/2023 1:17:38:18

KO24 K06