

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0039207

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12642 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : CHEDDADI YASSINE
Date de naissance : 08/03/1989
Adresse : Les Jardins Californie, Bm EL HERAUDAIS
Appt 169, CASABLANCA
Tél. : 0600 59 18 52 Total des frais engagés : 2300,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin



Date de consultation : 09/03/2023
Nom et prénom du malade : CHEDDADI Yassine Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Soins dentaire
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 29 MAR 2023

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 : 22/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

RELEVÉ 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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire 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

A M P C I M I V

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

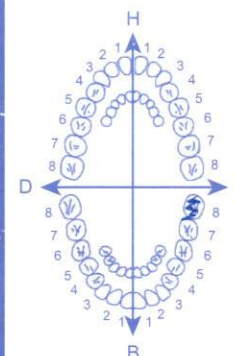
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



Consultation 1

Radiographie panoramique 2

38 Traitement 1

canalaire 26

COEFFICIENT DES TRAVAUX

76 D 34

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

Dr. Ali EL HAMID
Médecin Dentiste, Spécialiste en Prothèse
Clinique Dentaire Casablanca
10, Abdelkrim El Khattabi
Tél. : 05 36 08 98 00

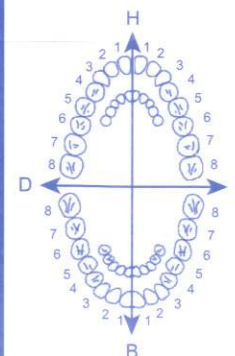
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G 00000000
35533411 11433553
B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CLINIQUE DENTAIRE Casablanca

ⵜⴰⵎⴰⵔⵜ ⵏ ⵜⴰⵎⴰⵔⵜ ⵏ ⵙⵓⵔⵓⵔⵓⵙ

Dr. Hanane AIT KABBOUR

Médecin Dentiste

Casablanca, le : 21 / 03 / 23

M^r Yassine CHEDDADI

68.10

- Kin (BB) 0,12 g



3xjr pdt 4jors.

Dr. Ali EL HAMID
Médecin Dentiste Professeur
Clinique Dentaire Casablanca
16, Abdelkrim El Khattabi
Tél. : 05 22 36 08 90

PHARMACIE JNANE CALIFORNIE
Dr. FAL...
10 Pi...
Jnane...
Tél. : ...

KIN
Gingival

Lote / Batch.:

☐ / Exp.:



8 470003 731591

16, Boulevard Abdelkrim El Khattabi - Val d'

Direct : 05 22 360 890 - Standard : 05 22 360 807 ✉ AHanane@

Clinique Dentaire Casablanca
Pr. Ali EL HAMID
16, Bd Abdelkrim Al Khattabi,
Val d'Anfa, Casablanca.
Tél : 0522360807/0522399890

Casablanca, le 09/03/2023

Facture n°377/2023

FACTURE

Reçu la somme de 2300 dhs (Deux mille trois cent dirhams) honoraires
des soins dentaire effectuées à Mr CHEDDADI Yassine.

Signé :

Dr. Ali EL HAMID
Médecin Dentiste Professeur
Clinique Dentaire Casablanca
16, Abdelkrim El Khattabi
Tél. : 05 22 36 08 90

Patente : 35615004 - Cnss : 7180508 - IF : 40800392 - ICE : 001681056000019 - INP :
B632452