

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 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

- Reclamation : 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 caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-788764

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13 4 11

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Id-chouekh Ouiglane

Date de naissance : 28/04/2023

Adresse : 88 Bd oued oum Rabii Résidence Galmi

Appt 12 Etage 3

Tél. : 06 82 16 73 23

Total des frais engagés : 627,00

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/04/2023

Nom et prénom du malade : OUIDANE IDCHOUKHEKH

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Soins dentaire

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 : 04/05/2023

Adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PARAPALM MOUSSAID FARAJ 78, Bd OUM RABII Quartier MAZOLA - CASABLANCA Tél : 05 22 93 50 55 / 05 20 29 00 02	2/4/23	197,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	INP : <input type="text"/>
		détartrage	D 12	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		détartrage	D 12	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
				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"/>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. YAKOUBI SOUSSANE Et Abed
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste

05-22 93 50 55 / 05 20 29 00 02

Casablanca, le : 07/04/2023

Nom Du Patient: OUIJDANE ED CHOUEIKH

Facture

Dent N°	Traitement à effectuer	Coefficient	Honoraires
	Détartrage Bas	D708 D12	250
	Détartrage Haut	D708 D12	250
total			500

Le montant de soins s'élève à 500 dhs.

Dr. YAKOUBI SOUSSANE El Abel
Chirurgien Dentiste
Omnodontiste
Tél: 05 22 93 50 55 / 05 20 29 00 02

- ✓ **Toothpaste. The ultimate daily gum care:** Indicated for adults and children of 7 years or older. Do not swallow. Do not use if tube seal is open. Keep out of the reach of children.

• **Dentifrice. Soin complet des gencives:** Indiqué pour l'adulte et l'enfant à partir de 7 ans. Ne pas avaler. Ne pas utiliser si le sceau du tube est ouvert. Garder hors de portée des enfants.

معجون أسنان. الرعاية المطلقة اليومية للثة
يوصى به للكبار و للأطفال سنهم 7 سنوات فأكثر
يحظر بلع المنتج
يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال
لا تستخدمه إن كان ختم العبوة مفتوحا

DENTAID

Made by DENTAID S.L. - 08290 Cerdanyola, Spain

www.dentaid.com

Made in Spain. Fabriqué en Espagne. صنع في إسبانيا.

Imported and distributed by: Pharmapal - Dubai, UAE /
Laboratoires IBERMA - Had Soualem, Maroc / Inter Promo Labo Ltd.
- Cotonou, Bénin / ALJIL ALKADIM Co. - Tripoli, Libya / Acrostone -
215 El Hegaz st., Cairo, Egypt / Solarfarma- Cape Town, SA

المستورد: سيقما فارم 6 شارع محروس محمد
وهران الجزائر/مقرر رقم 470 بتاريخ 2016/12/05
شركة كومل - الرياض - المملكة العربية السعودية



100ml مل



32185



فيتيس



معجون
للعناية بالثة

الرعاية المطلقة اليومية للثة



برو فيتامينات B5 . CPC لاكتات الخارصين ، فلوريد الصوديوم

VITIS



Date 07/04/2023

FACTURE : 24/23

Nom client : Mme OUIJDANE IDCHOUEIKH

PRODUIT	Quantité	Prix Unitaire TTC	Total TTC
VITIS BAIN DE BOUCHE GINGIVAL	1	75,00	75,00
VITIS DENTIFRICE GINGIVAL	1	52,00	52,00

PARA PALM

78 Boulevard oued Oum rabii

Casablanca 20200

0522935795

Palmbeaute@gmail.com

ICE:001082397000023

R.C:389938

Patente:35020373

I.F:51303949 /CNSS:8663727

Montant Total HT 105,83 DH

TVA 21,17 DH

TOTAL TTC 127,00 DH

PARAPALM
MOUSSAID FARAJ
78, Bd Oum RABII Quartier
MAZOLA - CASABLANCA
Tél : 06 22 93 57 35