

# 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
- 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.

M22- 0022072

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0556

Société : RAM

ND 200

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ADOUANE Bouchairi

Date de naissance :

01/01/1945

Adresse :

Rue Alouane Kacem Kotbari Rue Louhaba

N° 23

Taza

Télé. :

06 61 63 58 19

Total des frais engagés :

Centre de Soins Dentaires de l'Université  
Mohammed VI des Sciences et de la Santé

2900,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr MAHBOUB Salma

Médecin Dentiste Interne

090061862

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/05/2023

Nom et prénom du malade : ADOUANE BOUCHAIR Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

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 : 25/05/2023

Signature de l'adhérent(e) : Adouane

### 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

### ANALYSES, RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Service Radiologie du Centre Dentaire	07/03/23	Panoramique avant	150.00
Service Radiologie du Centre Dentaire	25/05/23	Panoramique après	150.00

### AUXILIAIRES MEDICAUX

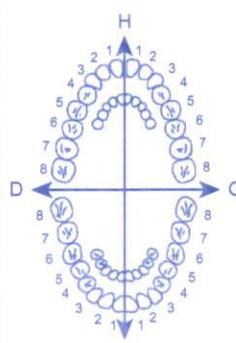
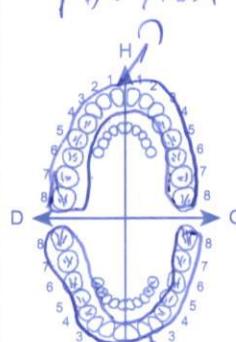
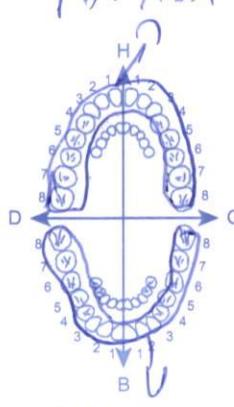
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				
				
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000 35533411	D 21433552 00000000 00000000 35533411 11433553	G B	0260
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				
				MONTANTS DES SOINS 2600 NY
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION 25/05/23
				Centre de Soins Dentaires de l'Université Mohammed VI des Sciences et de la Santé Dr MAHMOUD Salma Médecin Dentiste Interné
				VISA ET SIGNATURE DU PRATICIEN EN ATTENDANT L'EXECUTION Dr MAHMOUD Salma Médecin Dentiste Interné 90061862

N° Dossier: 140332 

N° Dossier externe: PEC-00556/09-12-2022

Type de dossier: DENTAIRE

Bénéficiaire: ADOUANE BOUCHAIB

Situation: En attente

Sous-situation: ---

Date de début: 09-12-2022 

Date de fin: 09-12-2022 

Date de saisie: 09-12-2022

Événement: 

Commentaires pour l'édition

556

Ajouter

Commentaires existants [+]

Date	Type	Commentaire
14-12-2022	Manuel	ACC D65 +D240 EXT 42 43 44 +45 47 + 32 33 +37 38 ET PAT SUP +INF DR H/



AMOUD AMINETOU



# Centre de Soins Dentaires

UNIVERSITÉ MOHAMMED VI DES SCIENCES DE LA SANTÉ - CASABLANCA



جامعة محمد السادس لعلوم الصحة - الدار البيضاء

Casablanca, le 07/03/2023

Patient(e): ADOUANE Bouchaib

ICE : 001740003000026

556

IF : 40127291

**FACTURE N° 4577-F-2020**

ACTES	Code sécu	Dent(s)	Montant à payer
Panoramique	Z 16	Toutes	150,00 DH
<b>TOTAL</b>			<b>150,00 DH</b>

Arrété le montant de la facture à la somme de

Cent cinquante DH

Signature du Praticien

CENTRE DE SOINS DENTAIRES  
DE L'UNIVERSITÉ MOHAMMED VI  
DU 07 MARS 2023  
POUR M. ADOUANE BOUCHAIB  
N° 40127291  
MONTANT 150,00 DH

Casablanca, le 25/05/2023

Patient(e): ADOUANE Bouchaib

ICE : 001740003000026

IF : 40127291

556

**FACTURE N° 5281-F-2023**

ACTES	Code sécu	Dent(s)	Montant à payer
Panoramique	Z 16	Toutes	150,00 DH
<b>TOTAL</b>			<b>150,00 DH</b>

Arrété le montant de la facture à la somme de

Cent cinquante DH

Signature du Praticien



Casablanca, le 25/05/2023

Patient(e): ADOUANE Bouchaib

ICE : 001740003000026

IF : 40127291

556

**FACTURE N° 5279-F-2023**

ACTES	Code sécu	Dent(s)	Montant à payer
Prothèse adjointe totale du maxillaire	HN 1	16	1 200,00 DH
Transfert des deux Maxillaires sur	HN 1	21	200,00 DH
Prothèse adjointe totale du maxillaire	HN 1	25	1 200,00 DH
<b>TOTAL</b>			<b>2 600,00 DH</b>

**Arrété le montant de la facture à la somme de**

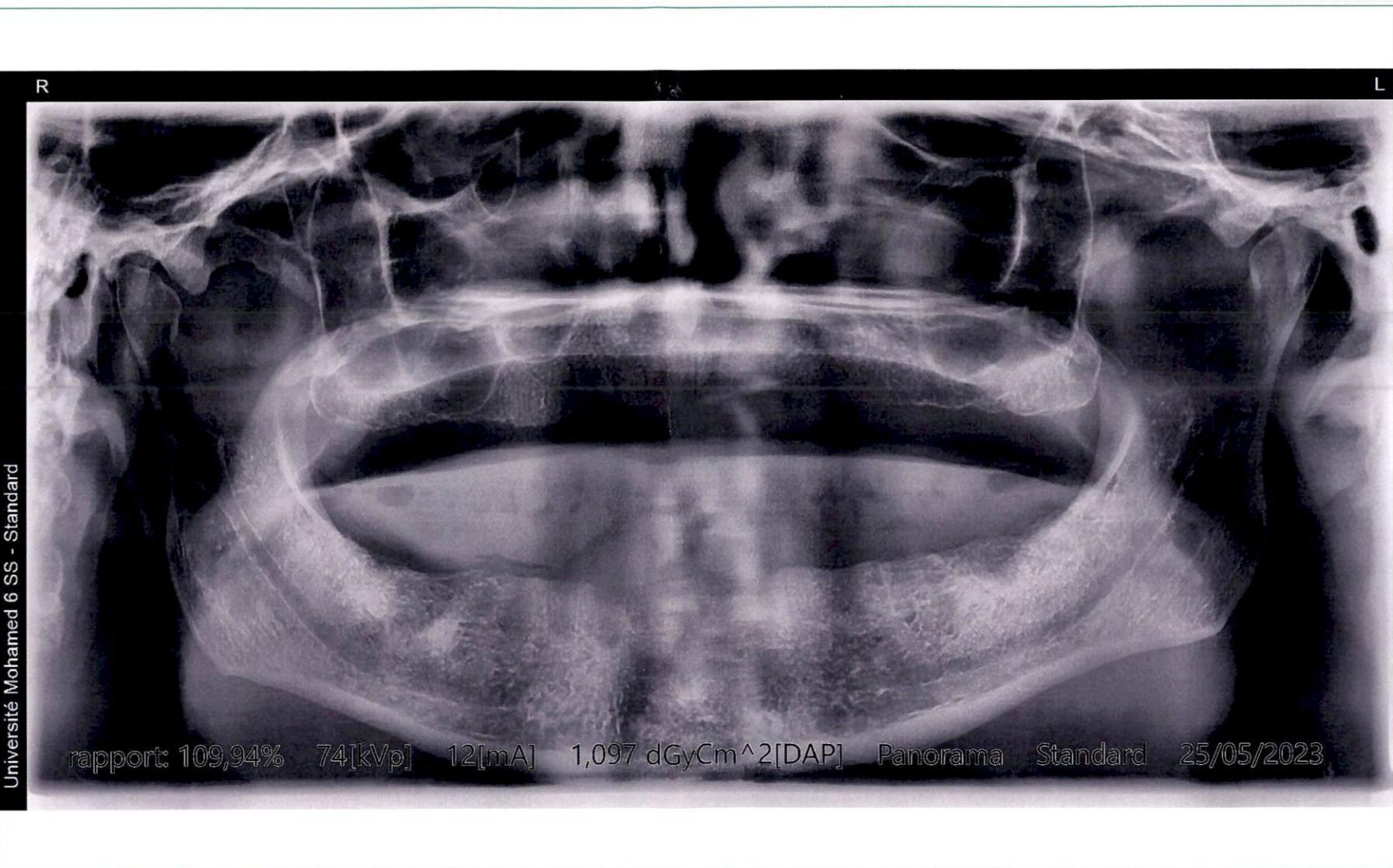
Deux mille six cent DH

**Signature du Praticien**

No. de dossier : 20221208\_102301  
Nom : ADOUANE Bouchaib

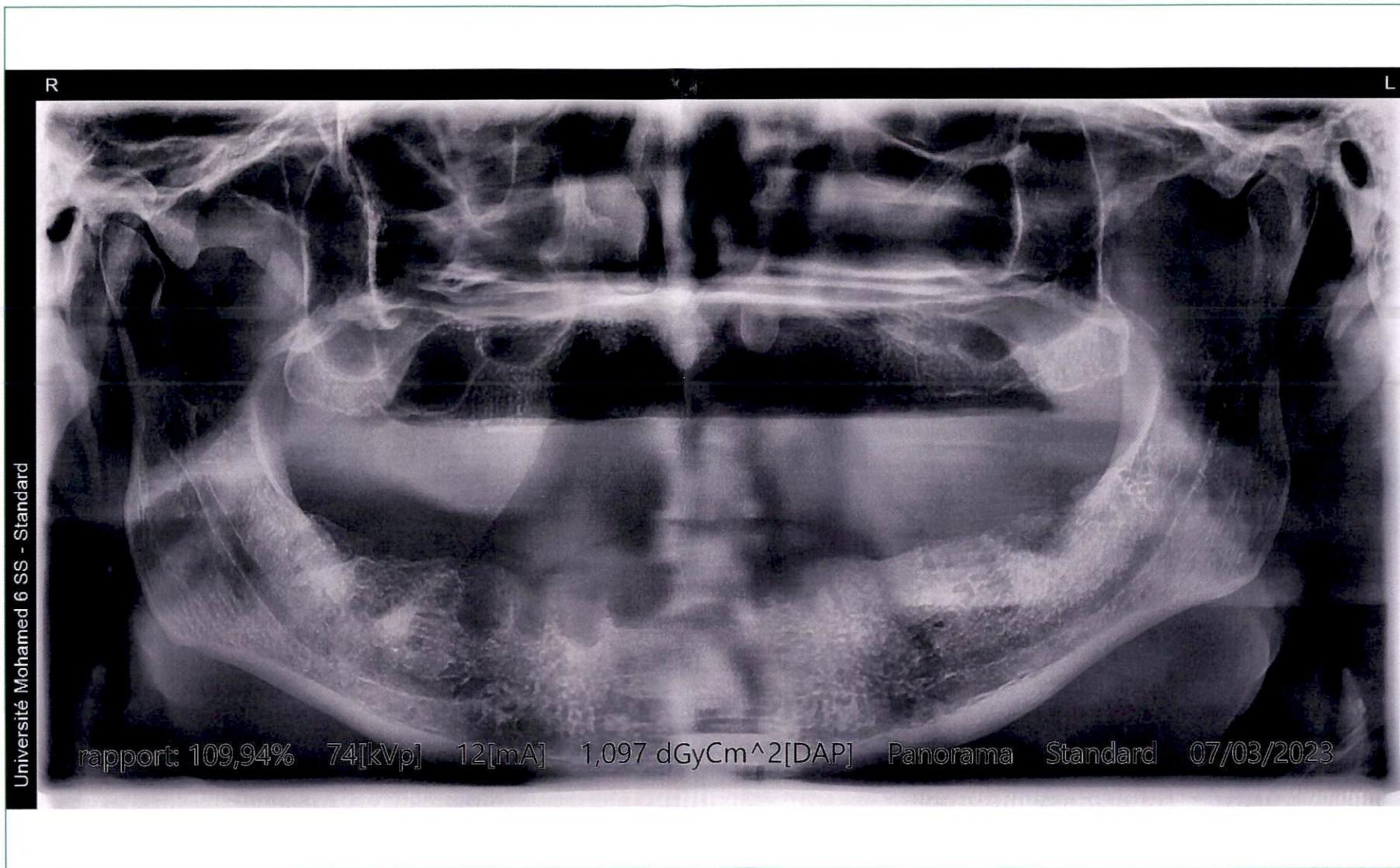
Service Radiologie  
du Centre Dentaire

SSR



No. de dossier : 20221208\_102301  
Nom : ADOUANE Bouchaib

556



556

Casablanca, le 07/03/2023

**Nom du patient : ADOUANE BOUCHAIB**

**Examen réalisé : Rx Panoramique**

#### **COMPTE RENDU**

- Sinus bilobés avec une fine corticale osseuse
- Trajet du NAI rectiligne
- Condyles bien loger dans la cavité glénoïde
- Edentement total bimaxillaire.

**En vous remerciant de votre confiance :**

**Signature :**

Service Radiologie  
du Centre Dentaire