

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

# Déclaration de Maladie

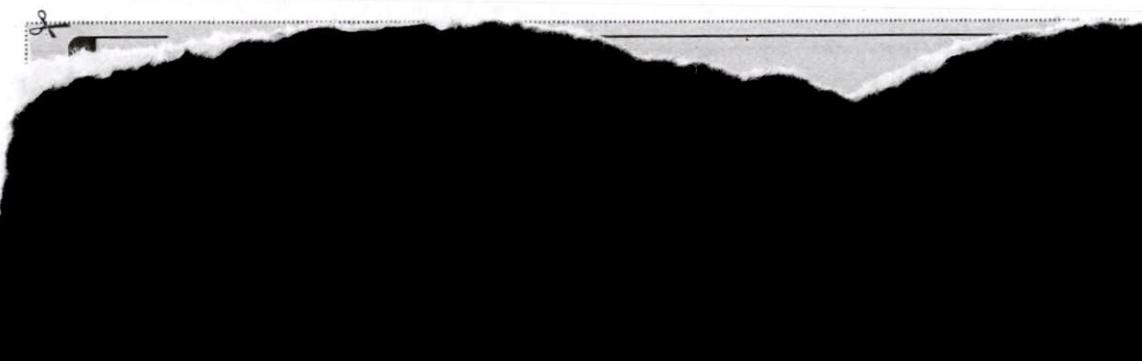
N° W21-803351

A7216



<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule :	1424	Société :
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom :		
Date de naissance :		
Adresse :		
Tél. :	Total des frais engagés :	Dhs

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	Dr. EL JAMII Mohamed Chirurgien dentiste Mosquée IRAWI 1 étage Appt N° 2 Riad El Oulfa (1) - Casablanca Tél : 05 20 30 36 37
Date de consultation :	20/05/2023
Nom et prénom du malade :	NA MASSA
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même
Nature de la maladie :	Pns Thera
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) :	



### 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
20/05/13	Consultation	C. n.	général	INP : [REDACTED]
				Dr. EL JANII Mohamed Chirurgien dentiste Musquée BANI 1 <sup>er</sup> étage Appart' N° 2 Riad El Oulta (1) Casablanca Tel : 0520 303637
				INP : 094193968

### 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
Dr BOUCHAMA Adil Abou Bakr Al Kadin, Rés Naim, immeuble 5 Appart 3ème étage Maarouf - Casablanca Tel : 0520 257322	20/05/13	56	200 dh

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

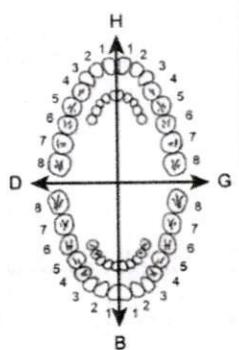
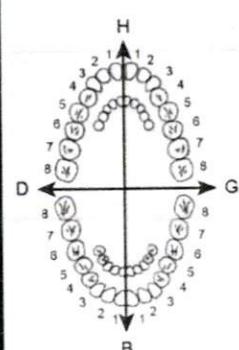
ADHERENT

### 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 : [REDACTED]												
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]												
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	MONTANTS DES SOINS [REDACTED]												
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]												
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	FIN D'EXECUTION [REDACTED]												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]												
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]												
				DATE DU DEVIS [REDACTED]												
				DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]												
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	DETERRMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]												
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]												
				DATE DU DEVIS [REDACTED]												
				DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION												



3/ région inf droite

47 (6.5mm/16.5), 46 (6.5mm/16.5),  
45 (5mm/13), 44(4.5mm/16)

4/ région inf gauche

36 (5mm/14), 35 (5.5mm/15), 34  
(5.5mm/13)

*Dr BOUCHAMA Adil  
Av,Abou Bakr Al Kadiri, Rés Naïm,imm 5  
Appt 3 Sidi Maarouf - Casablanca  
Tél : 0520 25 73 22*

[contact@smilexperts.info](mailto:contact@smilexperts.info)

[www.smilexperts.info](http://www.smilexperts.info)

05 20 25 73 22

Av, Abou Bakr Al Kadiri, Rés Naïm, Imm.5, Appt 3, Sidi Maarouf

Casablanca le, 29/05/2023

**Patient(e) : NAMASSE MOSTAFA-71 ans  
et 1 mois**

Compte rendu Dentascan du maxillaire  
superieur et inferieur pour étude pré-  
implantaire

**1/ région sup droite**

17 (5mm/11), 16 (5mm/15), 15 (5mm/18),  
14 (7mm/20)

**2/ région sup gauche**

Os insuffisant

Dr BOUCHAMA Adi.  
Av,Abou Bakr Al Kadiri, Rés Naïm,Imm 5  
Appt 3 Sidi Maarouf - Casablanca  
Tel : 0520 25 73 22

[contact@smilexperts.info](mailto:contact@smilexperts.info)

[www.smilexperts.info](http://www.smilexperts.info)

05 20 25 73 22

Av, Abou Bakr Al Kadiri, Rés Naïm, Imm.5, Appt 3, Sidi Maarouf

Dr BOUCHAMA Adil  
Chirurgien Dentiste  
Av abou bakr lkadiri, 5 rés  
Naim, aptt 3  
Sidi Maarouf  
20520 casablanca Maroc

Tél: 0520257322

ICE: 002069548000024  
INP: 104005822  
IF: 36923450



## Note d'honoraire N°: 176-F-2021

Date : 29/05/2023

NAMASSE MOSTAFA

Nom de l'acte	Code	Lettre clé+Coeff	Dent(s)	Montant
CBCT	T158	' Z 56'	Toutes	800,00 DH
<b>TOTAL</b>				<b>800,00 DH</b>

**Mode règlement :**

Dr BOUCHAMA Adil  
Av. Abou Bakr Kadi, 5 - Naim, 10m 5  
Appt 3 Sidi Maarouf - Casablanca  
Tel: 0520 23 75 22

Arrété le montant de la facture à la somme de :

Huit cent MAD

Signature du praticien

Casablanca, le 29/05/2023

Patient(e): NAMASSE MOSTAFA

**FACTURE N° 107F2021**

ACTES	Code sécu	Dent(s)	Montant à payer
CBCT	Z 56	Toutes	800,00
	<b>TOTAL</b>		<b>800,00</b>

Arrété le montant de la facture à la somme de

Huit cent

Dr BOUCHAMA Adi.  
Av,Abou Bakr Al Kadir, Tés Naim,Imm 5  
Appt 3 Sidi Maareuf - Casablanca  
Tel : 0520 25 73 22

**Signature du Praticien**



CABINET  
DENTAIRE

د. الجامعي محمد

Dr. El Jamii Mohamed



Le: 20/05/23

## ORDONNANCE

Mr. WAMASSE Mostafa

- Demande d'examen

- Faire un CBCT

Diagnostic: Post d'implant

en lieu 14, 15, 16, 17

, 26, 27, 35, 36, 37  
45, 46, 47.

Determiner la hauteur et l'épaisseur  
de l'os au niveau des sites précités.



Dr. EL JAMII (Mohamed)  
Chirurgien dentiste  
Mosquée IRAWI 1 étage Appt N° 2  
Riyad El Oulfa (1) - Casablanca

Orthodontie - Implantologie - Soins Prothétiques - Blanchiment



Mosquée IRAWI, 1 étage, App N° 2 Riyad al Oulfa «1», Casablanca



05 20 30 36 37



dr.mohamedeljamii@gmail.com