

# 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° W21-815807



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autre
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <b>12291</b>	Société :		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)		
Nom & Prénom : <b>BOUKDOUR AMINE</b>			
Date de naissance : <b>10-03-1981</b>			
Adresse : <b>RAM - Siege</b>			
Tél. : <b>0672667586</b> Total des frais engagés :			
Cadre réservé au Médecin			
<b>Dr. Hind KHAIROU</b> <b>Dentisterie Pédiatrique</b> <b>Clinique Dentaire CIL</b> <b>42, Rue de l'Atlas CIL - Casablanca</b> <b>Tel.: 0522946574 - GSM : 0665940281</b>			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <b>28/08/2023</b>			
Nom et prénom du malade : <b>BOUKDOUR ALI</b> Age:			
<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Lien de parenté :			
Nature de la maladie : <b>Doulour dentaire</b>			
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 avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **CASA**

Le : **28/08/2023**

Signature de l'adhérent(e) :

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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
28/08/2023 Pharmacie ZAFAR r. BEN ABBAS, OUED SAÏD - NICA 02	28/08/2023	38.00

#### **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
		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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 60914014198
		Detourage	D12	COEFFICIENT DES TRAVAUX D12
				MONTANTS DES SOINS 400
				DEBUT D'EXECUTION 28/08/23
				FIN D'EXECUTION 28/08/23
		Dr. Hippo KHAIRY Dentisterie Pédiatrique Clinique Universitaire 42, Rue de l'Université Casablanca Tél: 05 22 406514 - GSM: 06 65 11 11 11		

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412
00000000
00000000
35533411
11433553

#### **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

*Dr. Hind Khaïrouni*

Docteur en chirurgie Dentaire

CES de Pédodontie

Diplôme Universitaire de Pédodontie (Paris V)

Ancien Assistant à l'Université de Paris V

DENTISTERIE PEDIATRIQUE EXCLUSIVE



الدكتور هند خيروني

طبيبة جراحية للأسنان

اختصاصية في علاج ووقاية أسنان الأطفال

مساعدة سابقا بكلية باريس

خريجة كلية باريس

Casablanca le : 28/08/23 ..... الدار البيضا، في :

Bouche d'enfant Ali

De la trage

Markent réglé = 400,00

dent

Clinique Dentaire CIL

42, rue de l'atlas - CIL • Casablanca • Tél.: 05 22 94 65 74 • 06 65 94 02 80

Site web : [www.clinicdentairecil.com](http://www.clinicdentairecil.com)

*Dr. Hind Khaïrouni*

Docteur en chirurgie Dentaire

CES de Pédodontie

Diplôme Universitaire de Pédodontie (Paris V)

Ancien Assistant à l'Université de Paris V

DENTISTERIE PEDIATRIQUE EXCLUSIVE



الدكتور هند خيروني

طبيبة جراحية للأسنان

اختصاصية في علاج ووقاية أسنان الأطفال

مساعدة سابقا بكلية باريس

خريجية كلية باريس

Casablanca le : 28/08/23 في :

**CIVES IRRITÉES**

Boukdour Ali

PPC : 38 DH

Pierre Fabre  
**ORAL CARE**

38,00

ANTHRODONT, perte gingivale

TAM  
S.V

Broquer les opérations 2a-3/1/j

apres le broassage des deux

neuchent 4-5 jours

1 = 38,00

Pharmacie TAM  
Dr. BEN HAFAR  
102, Bd Oued Sebou, Oulfa  
- CASABLANCA -  
Tél: 05 22 94 65 74 - 06 65 94 02 80

Dr. Hind KHAÏRO  
Dentisterie Pédiatrique  
Clinique Dentaire CIL  
42, Rue de l'Atlas CIL - Casablanca  
Tél: 05 22 94 65 74 - GSM: 06 65 94 02 80

**Clinique Dentaire CIL**

42, rue de l'Atlas - CIL • Casablanca • Tél.: 05 22 94 65 74 • 06 65 94 02 80

Site web : [www.clinicdentairecil.com](http://www.clinicdentairecil.com)