

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

- 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 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



Déclaration de Maladie

M23-0027271 *موسى*

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *7153* Société : *RAA*
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : *CHAFT Khadija* *A87517*
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr. LL IDRISSE Brahim**
Chirurgien Dentiste
Hay Tarik Rue 57 N° 37 Sidi Bernoussi Casablanca
Tél : 06.59.21.64.48 / Fix : 05 22.73.39.49
Date de consultation : *25-10-2023*
Nom et prénom du malade : *CHAFT KHADIJA* Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : *Sans dentaire*
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 : *02/11/2023*
Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

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

Dr. LL IDRISSI Brahim
Chirurgien Dentiste
Hay Tarik Rue 57 N° 37 Sidi Bernoussi Casablanca
Tél : 06.59.21.64.48 / Fax : 05 22.73.39.49

10-10-2023

Radio panoramique
215

200,00

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.

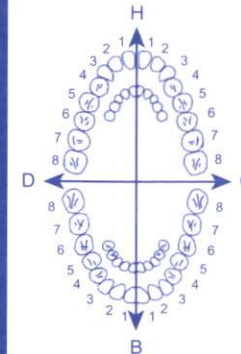
Important :

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

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient

Détartrage max D12
+
Détartrage mand D12



COEFFICIENT DES TRAVAUX

D24

MONTANTS DES SOINS

509,00

DEBUT D'EXECUTION

10-10-23

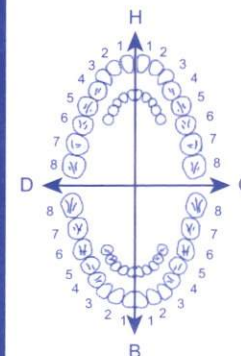
FIN D'EXECUTION

25-10-2023

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
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

د. إيمان بلخدير

Dr IMANE BELKHADIR

Centre Dentaire EL IDRISSI



د. إبراهيم الإدريسي

Dr IBRAHIM EL IDRISSI

- * Diplôme d'Orthodontie (Rabat)
- * Diplôme Laser (Genova, Italie)
- * Certificat d'Implantologie (ACDE)
- * Certificat de Dentisterie Esthétique (CIDAE, Belgique)

- * دبلوم تقويم الأسنان (الرباط)
- * دبلوم الليزر جنوة إيطاليا
- * شهادة جامعية في الزرع
- * شهادة طب الإنسان التجميلي (بلجيكا)

Casablanca le : 25.10.2023 : الدار البيضاء في

Nom & Prénom : CHAFI KHADIJA

Note d'honoraire :

sains dentaire :

Débarfrage maxillaire
+ Débarfrage mandibulaire

Total : 500,00

soit, (cinq cents DH)

Dr. EL IDRISSI Brahim
Chirurgien-Dentiste
Hay Tarik Rue 57 N° 37 Sidi Bernoussi Casablanca
Tél : 06.59.21.64.48 / Fix . 05 22.73.39.49

د. إيمان بلخدير

Dr IMANE BELKHADIR

Centre Dentaire EL IDRISSI



د. إبراهيم الإدريسي

Dr IBRAHIM EL IDRISSI

- * Diplôme d'Orthodontie (Rabat)
- * Diplôme Laser (Genova, Italie)
- * Certificat d'Implantologie (ACDE)
- * Certificat de Dentisterie Esthétique (CIDAE, Belgique)

- * دبلوم تقويم الأسنان (الرباط)
- * دبلوم الليزر جنوة إيطاليا
- * شهادة جامعية في الزرع
- * شهادة طب الإنسان التجميلي (بلجيكا)

Casablanca le : 2.5.10.2023 : الدار البيضاء في

Nom & Prénom : CHAFI KHADIJA

note d'honoraires

Radio panoramique

Dr. EL IDRISSI Brahim
Chirurgien Dentiste
Hay Tarik Rue 57 N° 37 Sidi Bernoussi Casablanca
Tél : 06.59.21.64.48 / Flx : 05 22.73.39.49

total : 200,00

soit = (deux cents DH)

Dr. EL IDRISSI Brahim
Chirurgien Dentiste
Hay Tarik Rue 57 N° 37 Sidi Bernoussi Casablanca
Tél : 06.59.21.64.48 / Flx : 05 22.73.39.49

37، حي طارق زنقة 57 سيدي البرنوصي - الدار البيضاء - (قرب مدرسة كميل)

@ ibrahimdrissi46@gmail.com / 05 22 73 39 49 / 06 59 21 64 48

CENTRE DENTAIRE EL IDRISSE

HAY TARIK RUE 57 N 37 SIDI BERNOUSSI

TEL 05 22 73 39 49 / 06 59 21 64 48

@ ibrahimidrissi46@gmail.com

CHAFI KHADIJA

Date Naissance :



Dr. LL IDRISSE Brahim
Chirurgien Dentiste

Hay Tarik Rue 57 N° 37 Sidi Bernoussi Casablanca
Tél : 06.59.21.64.48 / Fix : 05 22.73.39.49