

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.

M23-0027271

Coût

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **7153**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **CHAIFI**

Khalida **181517**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. EL IDRISI 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 : **CHAIFI KHADIJA** Age:

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **Sans défaut**

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) : *QdW*

ACCUEIL
BIZARRE
3 NOV 2023
MUPRAS

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 Cœfficients | Montant des Honoraires |
|--|------------|-----------------------------|------------------------|
| Dr. LL IDRISI Brahim Chirurgien-Dentiste Nay Tarik Rue 57 N° 37 Sidi Bernoussi Casablanca Tél : 06.59.21.64.48 / Fix . 05 22.73.39.49 | 10-10-2023 | Radio panoramique | 200,00 |

215

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 |
|-----------------|-----------------|------------------|--------------------------------|
| | Débroulage max | D12 | CCEFFICIENT DES TRAVAUX D24 |
| | Débroulage mand | D12 | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | MONTANTS DES SOINS 500,00 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | DEBUT D'EXECUTION 10-10-23 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | FIN D'EXECUTION 25-10-2023 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | CCEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | DATE DU DEVIS |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | DATE DE L'EXECUTION |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| | 00000000 | 00000000 |
| | 35533411 | 11433553 |
| G | | |
| 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

د. إيمان بلخدير

Dr IMANE BELKHAIR

Centre Dentaire EL IDRISI



د. إبراهيم إلدرسي

Dr IBRAHIM EL IDRISI

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

* دبلوم تقويم الأسنان (الرباط)

* دبلوم الليزر جنوة إيطاليا

* شهادة جامعية في الزرع

* شهادة طب الأسنان التجميلي (بلجيكا)

الدار البيضاء في : Casablanca le : 25.10.2023

Nom & Prénom : CHAFI KHALIDA

Note d'honoraires :

sdins denbaik :

Débarrage maxillaire

+ Débarrage mandibulaire

Total = 500,00

soit, (king en 60 DH)

Dr. EL IDRISI Brahim
Chirurgien-Dentiste
Haj Tariq Rue 57 N° 37 Sidi Benoussi Casablanca
Tél : 06.59.21.64.48 / Fix . 05 22.73.39.49

د. إيمان بلخدير

Dr IMANE BELKHADIR



د. إبراهيم الإدريسي

Dr IBRAHIM EL IDRISI

* Diplôme d'Orthodontie (Rabat)

* Diplôme Laser (Genova,Italie)

* Certificat d'Implantologie (ACDE)

* Certificat de Dentisterie Esthétique (CIDAЕ,Belgique)

* دبلوم تقويم الأسنان (الرباط)

* دبلوم الليزر جنوة إيطاليا

* شهادة جامعية في الزرع

* شهادة طب الأسنان التجميلي (بلجيكا)

Casablanca le : 25-10-2023 الدار البيضاء في :

Nom & Prénom : CHAFI KHADIJA

Note d'honoraires :

Radio panoramique

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

total : 200,00

soit = (deux cent 6 DH)

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

CENTRE DENTAIRE EL IDRISI

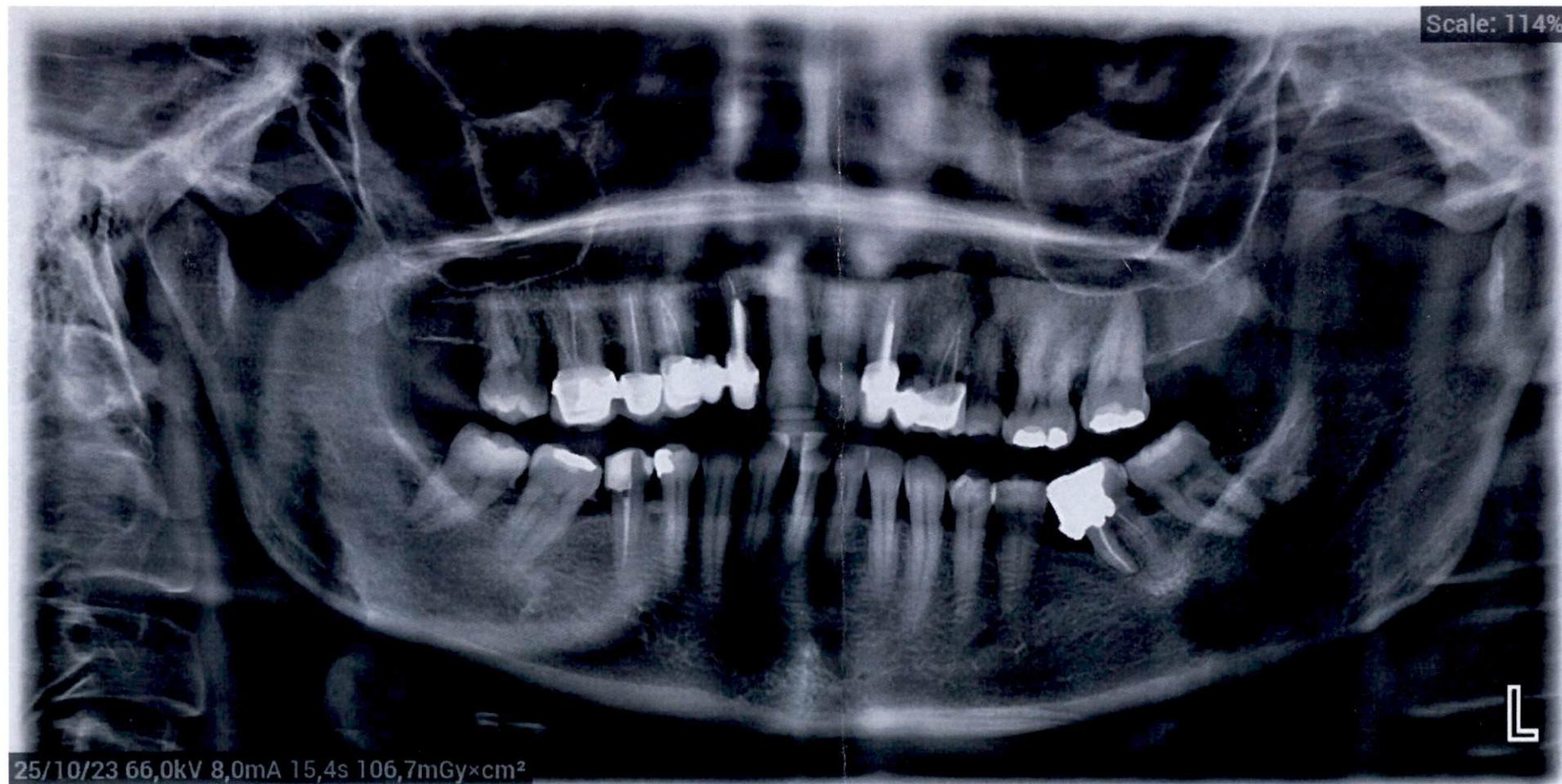
HAY TARIK RUE 57 N 37 SIDI BERNOUSSI

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

@ ibrahimidrissi46@gmail.com

CHAFI KHADIJA

Date Naissance :



Dr. LL IDRISI-Brahim
Chirurgien Dentiste

Hay Tarik-Rue 57-N° 37-Sidi Bernoussi Casablanca

Tél : 06.59.21.64.48 / Fix . 05 22.73.39.49