

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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.



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

**Déclaration de Maladie**

**M23-0027059**

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 790

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : AMRANE My Aïssa

Date de naissance :

Adresse : INARA II Rue 1 n°44 Sinitia

Tél. : 0668404898

Total des frais engagés : .....Dhs

Cadre réservé au Médecin

**CHRAIBI DENTAL CLINIC**  
**Dr. Mounir CHRAIBI**  
Clinique Dentaire Multidisciplinaire  
2 Rue Soumaya Angle Bd. Abdelmoumen  
Tél : 0522 83 81 03 / 0522 28 28 87

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/11/2023

Nom et prénom du malade : Amrani Idhissi Moulay Aïssa

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Soins dentaires

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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.

**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



# 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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

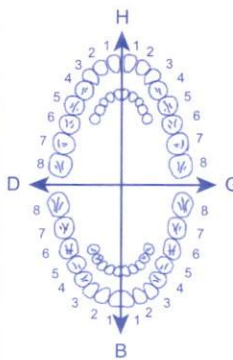
Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

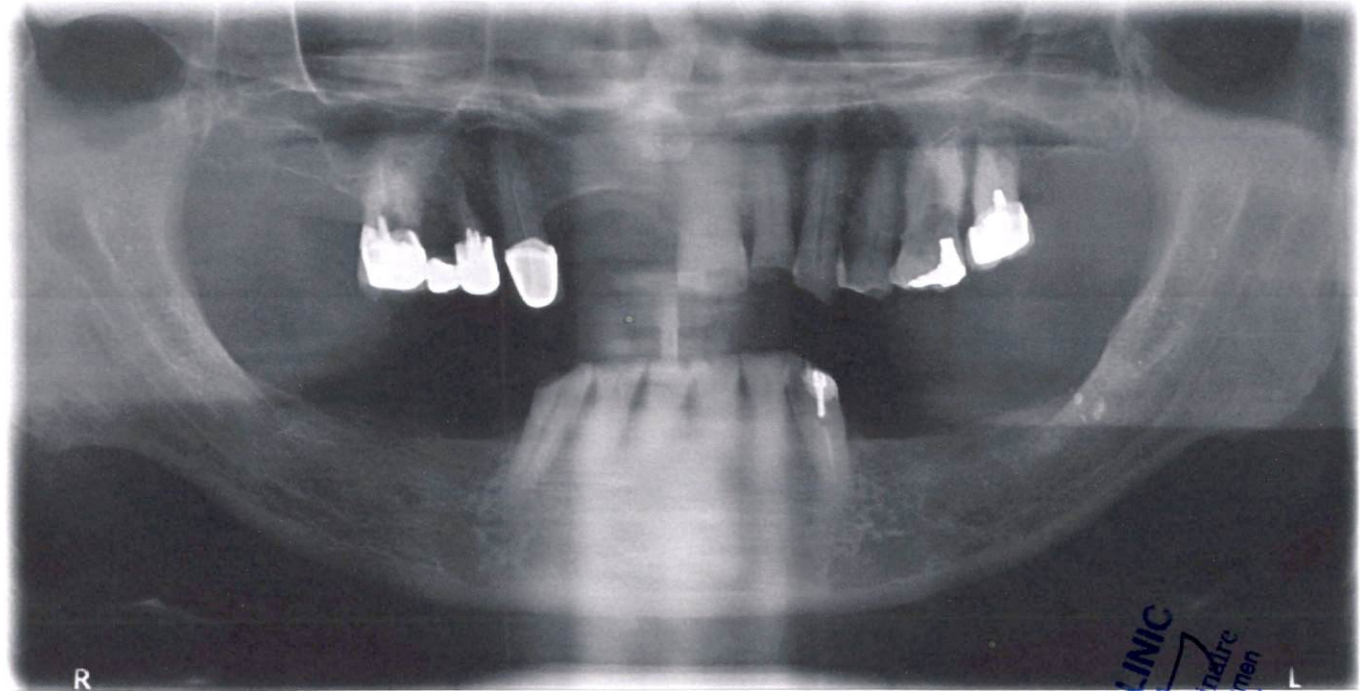
Important :

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														
<b>CHRAIBI DENTAL CLINIC</b> <b>Dr. Mounir CHRAIBI</b> Clinique Dentaire Multidisciplinaire 2, Rue Soumaya Angle Bd. Abdelmoumen Tél : 0522 83 81 03 / 0522 25 28 87		Secteur antéro inf	COEFFICIENT DES TRAVAUX $D_{10} \times 6$  MONTANTS DES SOINS $700 \times 6 = 4200 \text{ DH}$  DEBUT D'EXECUTION 14/11/23.  FIN D'EXECUTION														
		Secteur antéro sup															
		Secteur postéro inf droit															
		Secteur postéro inf gauche															
		Secteur postéro sup droit															
		Secteur postéro sup gauche															
<b>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</b>																	
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H																	
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D	G																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
																	
<b>CHRAIBI DENTAL CLINIC</b> <b>Dr. Mounir CHRAIBI</b> Clinique Dentaire Multidisciplinaire 2, Rue Soumaya Angle Bd. Abdelmoumen Tél : 0522 83 81 03 / 0522 25 28 87																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS  
 Clinique Dentaire Multidisciplinaire  
 2, Rue Soumaya Angle Bd. Abdelmoumen  
 Tél : 0522 83 81 03 / 0522 25 28 87

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



 **CHRAIBI  
DENTAL CLINIC**  
BY DR Mounir CHRAIBI

Mr :AMRANI IDRISSE MOULAY AISSA

**CHRAIBI DENTAL CLINIC**  
Dr. Mounir CHRAIBI  
Clinique Dentaire Multidisciplinaire  
Rue Soumaya Angle Bd. Abdelmoumen  
Tél : 0522 83 81 03 / 0522 25 28 87



**CHRAIBI  
DENTAL CLINIC**  
BY DR Mounir CHRAIBI

ICE : 0016361000061

IF : 40192673

INPE : 094178563

LE 14/11/2023

## **FACTURE**

Je soussigné **DR CHRAIBI MOUNIR**, atteste par la présente avoir reçu le/la patient(e) : **Mr : AMRANI IDRISSE MOULAY AISSA**

**ACTES : CURETAGE PARODONTAL INF ET SUP**

**COEFFICIENT : D10\*6**

Le montant total de la présente note s'élève à **QUATRE MILLE DEUX CENTS DIRHAMS**  
**(4200, 00 DHS).**

**CHRAIBI DENTAL CLINIC**  
**Dr. Mounir CHRAIBI**  
Clinique Dentaire Multidisciplinaire  
2, Rue Soumaya Angle Bd. Abdelmoumen  
Tél : 0522 83 81 03 / 0522 26 28 87