

# 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.

M23- 020697

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 126.16 Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MATAICH Abdelkettar N°189762

Date de naissance : 25/02/1987

Adresse : Quartier ALNAZ Res. ALBAR3 GHNA  
Imme A App.11

Tél. : 0655197605 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**D. Drissi IDRISSI GUEDRHRI**  
Chirurgien Dentiste  
4, Bd Zerktouni 4ème Etage  
Casablanca-Tél: 0522 20 35 06

Date de consultation : 13/11/2023

Nom et prénom du malade : MATAICH ABDELETTA Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Soins DENTAIRES

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : 80

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

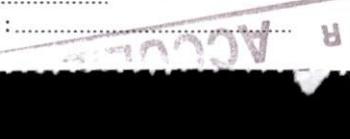
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13-11-28	168,20

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

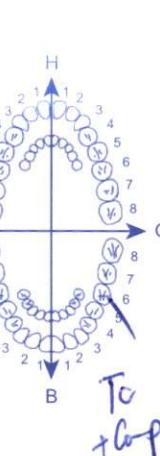
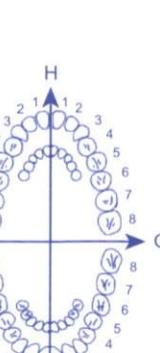
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
	—	Complet	D5	COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">D54</span>												
	36	T.C	D25	MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">13000H</span>												
	36	Comp	D15	DEBUT D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">23/11/23</span>												
	36	retrods	D6+3	FIN D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">29/11/23</span>												
<del>DENTAL CLINIC GUEDRAMI Chirurgie Dentiste 45, Zirkontini Néma Etage Casablanca-Tel: 0522 20 35 05</del>																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </span>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </span>												
				DATE DU DEVIS <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </span>												
				DATE DE L'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </span>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



د. إدريس إدريسي ودغيري  
Dr. Driss IDRISI QUEDRHIRI

## CHIRURGIEN DENTISTE

Casablanca le : 28/11/2023

## **NOTE D' HONORAIRES N101**

/2023

Ce document est fait pour valoir et servi ce que de droit

~~Dr. J. M. G. CUEDRAR  
Médecin Dentiste  
Chirurgien Dentiste  
4,8, Zetkouni Anne Etage  
Casablanca tél: 0522 20 35 06~~

ICE: 001777095000067

IF:40102613

05 22 20 35 06  
06 61 65 63 57

شارع الزرقطوني الطابق الرابع  
20140 الدار البيضاء  
4, Bd. zerkouni  
4<sup>eme</sup> étage Casablanca



094165743

doc.idrissioued@hotmail.fr



د. إدريسي إدريسي وغيري  
Dr. Driss IDRISI OUEDRHIRI

CHIRURGIEN DENTISTE

Casablanca le 13/11/2023

MATAICH ABDELFETTAH

## ORDONNANCE

1. AUGMENTIN1g sachets 1 boite

1 sachet le matin pendant 8 jours  
1 sachet le soir



*Dr. Driss IDRISI OUEDRHIRI  
Chirurgien Dentiste  
4, Bd Zerkouni 4ème Etage  
Casablanca -Tél: 0522 20 35 06*



05 22 20 35 06  
06 61 65 63 57

شارع الزرقطوني الطالب الرابع  
4, شارع الزرقطوني الطالب الرابع  
الدار البيضاء  
4, Bd. zerkouni  
4<sup>ème</sup> étage Casablanca



094165743

doc.idrissioued@hotmail.fr

Dr. DIAO IDRISI GUEDIRI  
Chirurgien Dentiste  
4, Bd Zektouni 4ème Etage  
Casablanca-Tél:0522 20 35 06

MATAICH ABDELFATTAH



36: 13/11/2023 36: 28/11/23

~~Dr. DIAO IDRISI GUEDIRI  
Chirurgien Dentiste  
4, Bd Zektouni 4ème Etage  
Casablanca-Tél:0522 20 35 06~~