

## 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.



Déclaration de Maladie

M23-0017934

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2824

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : TAHRI Joutei Naima

Date de naissance : 05.04.1952

Adresse : 518 Hadj Fateh - oulfa - casa

Tél. 06.32.30.0367

Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15.01.2024

Nom et prénom du malade : TAHRI Joutei Naima Age : 72

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Soins 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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

### 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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

23 Janv 2024

1740 €

IMP/09702 9930

# 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 :

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

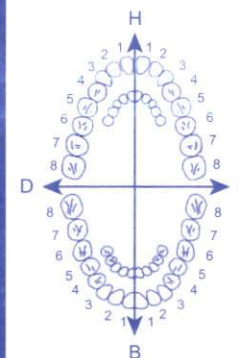
# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

consultation DG



CCEFFICIENT DES TRAVAUX

DG

MONTANTS DES SOINS

200,00

DEBUT D'EXECUTION

15/01/24

FIN D'EXECUTION

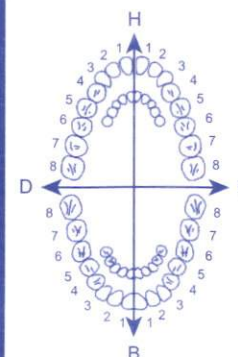
15/01/24

# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 G  
35533411 11433553  
B

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



CCEFFICIENT 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

Pr. Younès LAALOU  
Professeur Agrégé en Prothèse Fixée

Docteur en Médecine Dentaire-FMD, Casablanca  
C.E.S de Biomatériaux Dentaires  
C.E.S de Prothèse Fixée  
C.E.S de Prothèse Adjointe Partielle  
C.E.S de Prothèse Adjointe Totale  
C.E.S de Parodontologie  
Diplôme d'Université de Prothèse Maxillo-Faciale .Paris VII



Oasis  
Dental  
Clinic



Casablanca le, 15/01/2024

**Patient(e) : Mme TAHRI JOUTEI Naima**



102,00

**Birodogyl 500 mg**

1 cp matin et soir pendant 5 jours



**Doliprane 1000 mg**

1 Comprimé chaque 6h en cas de douleur

72,00

**KIN Gingival Bain de bouche (BB)**

Rinçage 2 à 3 fois par jour pendant 5 jours



Total = 174,00 TND



23 Janv 2024

34, Bd Abderrahim Bouabid-Angle rue des papillons. Quartier Oasis. Casablanca

05.22.98.51.34/ 05.22.99.66.16/ 06.62.12.81.46

[contact@oasisdentalclinic.ma](mailto:contact@oasisdentalclinic.ma)

Dr LAALOU Younès  
Chirurgien Dentiste  
34, Bd Abderrahim bouabid  
angle rue des papillons  
Quartier Oasis  
20410 casablanca Maroc

Tél: 05 22 98 51 34

ICE: 001613438000068  
INP: 094012036  
IF: 40909050  
CNSS: 6405022



Oasis  
Dental  
Clinic



## Note d'honoraire N°: 115-01F-2024

Date : 15/01/2024

M. TAHRI JOUTEI Naima

Nom de l'acte	Code	Lettre clé+Coeff	Dent(s)	Montant
Consultation	Cs	C 6	Toutes	200,00 DH
TOTAL				200,00 DH

Mode reglement : Espèce

**Arrêté le montant de la facture à la somme de :**

**Deux cent MAD**

Signature du praticien