

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0  Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

196488

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent [e]			
Matricole : <u>1428</u>		Société : <u>RAM</u>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>SKALLI TAOUFIK</u>			
Date de naissance : <u>08/06/54</u>			
Adresse : <u>15 Route Taadert Casablanca</u>			
Tél. : <u>0661144376</u>		Total des frais engagés : Dhs	

Autorisation CNPD N° : A-A-215 / 2019	Cadre réservé au Médecin		
	Cachet du médecin : <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> <u>Dr. BARKAOUT Sara</u> <u>Médecin Dentiste</u> <u>Centre Dentaire C.I.L.</u> <u>05 22 20 45 45</u> </div>		
	Date de consultation : <u>26/02/2019</u>	Age : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
	Nom et prénom du malade : <u>SKALLI</u>		
	Lien de parenté : <u>Autres</u>	Nature de la maladie : <u>Prothèses Dentaires</u>	
	Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC Pathologie : <u>ACCUEIL</u>		
	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) : 

VOLET ADHERENT

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre					
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
	R

The diagram shows a dental arch with upper and lower teeth. Each tooth is assigned a number from 1 to 8. A horizontal arrow labeled 'D' points to the right, indicating a movement direction for the teeth.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
~~Dr. BARKAOUI Sero~~
Medecin Dentiste
Centre Dentaire C.I.L.
Tél: 05 22 94 65 74

Dr. BARKATI
Medecin Dentiste
Centre Dentaire G.L.
Tél: 05 22 94 65 7

Casablanca, le 15/03/2024

Patient(e): SKALLI taoufik

FACTURE N° 4270F2022

ACTES	Code sécu	Dent(s)	Montant à payer
Bridge 3	0	11, 12, 21	15 000,00 DH
TOTAL			15 000,00 DH

Arrété le montant de la facture à la somme de

Quinze mille Dh

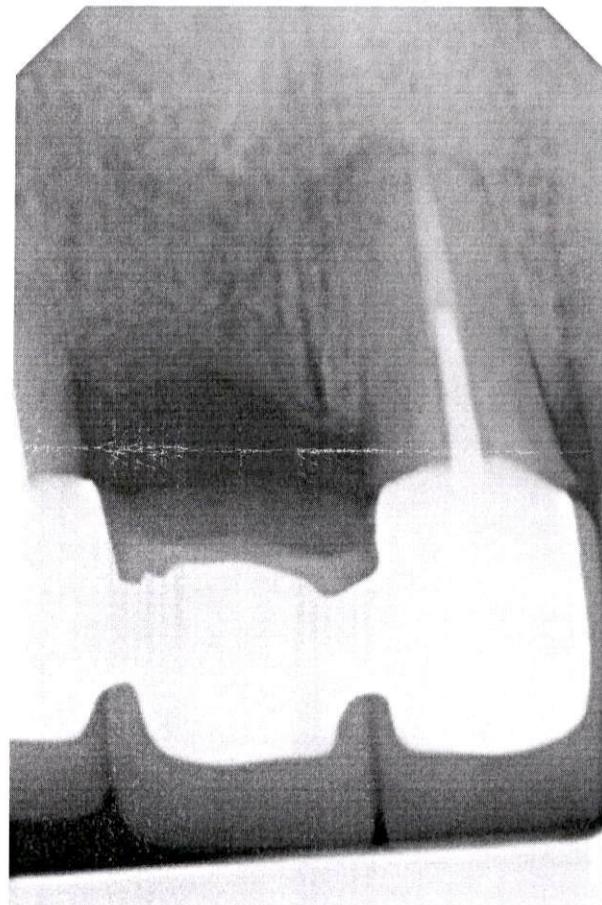
Signature du Praticien

Dr. BARKAQUI Sara
Medecin Dentiste
Centre Dentaire C.I.L.
Télé: 05 22 94 65 74

Clinique Dentaire C.I.L.
42, rue de l'atlas – CIL*Casablanca* Tél. : 05 22 94 65 74* Fax : 05 22 94 59 81
Site web : www.clinicdentairecil.com

Dr. BARKAOUI Sarfa
Medecin Dentiste
Centre Dentaire C.I.L.
Tél: 05 22 94 65 74
Après M.12,4

Intra-oral frontal Adulte 12-21



Dr. Ahmed Alaoui Bouhamid
Médecin Dentiste
skali Maoufik
Centre Dentaire C.D.C.
Centre Dentaire C.D.C.
08/05/1954
Tél: 05 22 98 60 70

A Voir

Intra-oral frontal Adulte 12-21

