

## 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.

**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



86101  
Déclaration de Maladie : N° P19-0004426

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8729

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MADKOUR Zohra Date de naissance : 26-02-67

Adresse : VILLA 246 LA FLORIDA 20190 GZO

Tél. : 0661210657 Total des frais engagés : 300

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : MADKOUR AIDA

Age : 1

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : Maladie Dentaire

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 n'ai pas pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : GZO

Le : 22 / 10 / 19

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

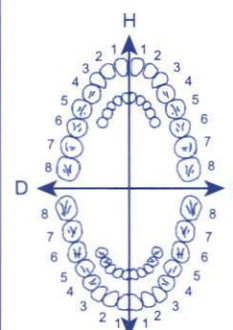
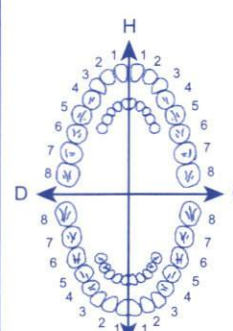
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
CS + Rx panoramique	22/10/19	CS	CH	COEFFICIENT DES TRAVAUX CH + 225												
	22/10/19	Rx panoramique	225													
				MONTANTS DES SOINS 300,00												
				DEBUT D'EXECUTION 22/10/19												
				FIN D'EXECUTION 22/10/19												
				<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
				<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession												
				DATE DU DEVIS												
				DATE DE L'EXECUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Esthétique dentaire  
Implantologie  
Parodontologie  
Orthodontie  
Pédodontie  
Prothèse  
Blanchiment  
Soins  
Laser  
Radiologie  
Scanner

Casablanca, Le .....

22/10/2019

## Note d'honoraires

MADKOUR AIDA

ACTES	Dent(s)	Montant
PANORAMIQUE	12	300
	TOTAL	300,00 DH

Dr Fouad AHERRAKI  
Chirurgien Dentiste  
Clinique Dentaire LA COLLINE  
441 La Colline, Casablanca  
Tél : 05 22 78 76 96 / 05 22 78 44 44

patente : 36167729 / Identification fiscale : 18779511 / N° d'Affiliation : 4816205 / N°ICE 001707986000021

441 La Colline, Sidi Maarouf - Casablanca (à Côté de Inwi Siège)  
Tél : 05 22 78 76 96 / 05 22 78 44 44 - E-mail : [info@cdlc.ma](mailto:info@cdlc.ma) - Site Web : [www.cdlc.ma](http://www.cdlc.ma)

 Clinique Dentaire La Colline



# CLINIQUE DENTAIRE LA COLLINE



Esthétique dentaire  
Implantologie  
Parodontologie  
Orthodontie  
Pédodontie  
Prothèse  
Blanchiment  
Soins  
Laser  
Radiologie  
Scanner

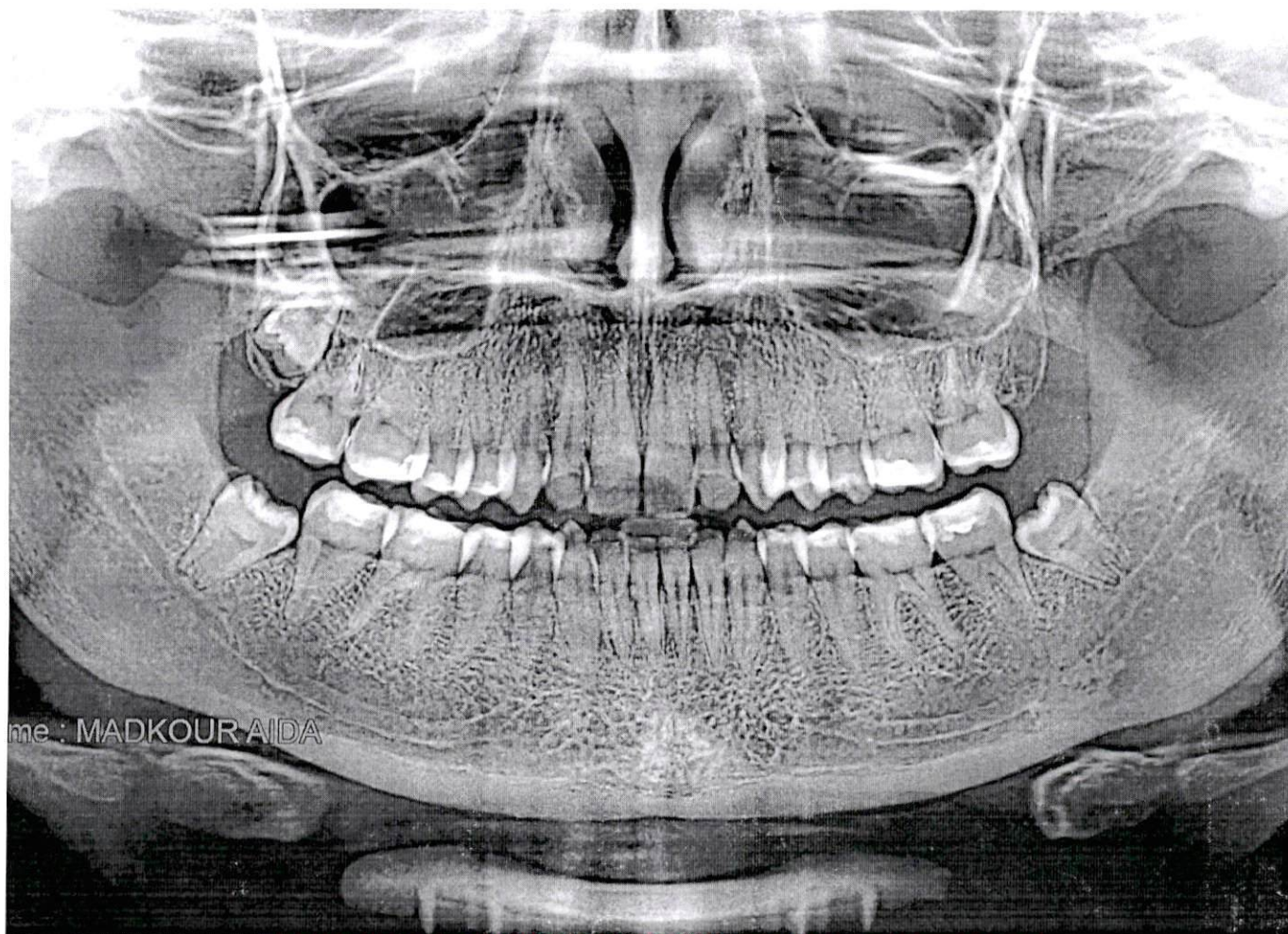
Casablanca, Le ...22/10/19.....

Dr Fouad AHERRAKI

Chirurgien-Dentiste

Clinique Dentaire LA COLLINE


441, La Colline - Maarouf - Casablanca  
Tél : 05 22 78 76 96 / 05 22 78 44 44



me : MADKOUR AIDA

441 La Colline, Sidi Maarouf - Casablanca (à Côté de Inwi Siège)

Tél : 05 22 78 76 96 / 05 22 78 44 44 - E-mail : [info@cdlc.ma](mailto:info@cdlc.ma) - Site Web : [www.cdlc.ma](http://www.cdlc.ma)

 Clinique Dentaire La Colline



Esthétique dentaire  
Implantologie  
Parodontologie  
Orthodontie  
Pédodontie  
Prothèse  
Blanchiment  
Soins  
Laser  
Radiologie  
Scanner

Casablanca, Le ... 22 / 10 / 2019

causé par la radio

Nous avons reçu en consultation  
Mme MADKOUR AIDA. L'examen clinique  
a révélé la présence de douleurs  
au NV sur dents sagesse inf  
d'où la nécessité d'une radio  
panoramique afin de choisir le  
traitement adéquat.

*cordialement*

Dr Fouad AHERRAK  
Chirurgien Dentiste  
Clinique Dentaire LA COLLINE  
441, La Colline, Californie Casablanca  
Tél : 05 22 78 76 96 / 05 22 78 44 44