

# 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.

## Diologie 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.

## Adresses Mails utiles

Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)



RID

15743

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0016873

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2708

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : KUATMI Abdallah

Date de naissance : 08/01/88

Adresse :

Tél :

Total des frais engagés : 300 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

CLINIQUE DENTAIRE DU MAROC  
Lot. Bellevue Angle Bd Al Gods  
Californie - Casablanca - Maroc  
Tél : +212 522 75 75 / +212 522 78 88

Date de consultation : 10/12/2019

Nom et prénom du malade :

KUATMI MOUSSINE

Age : 23

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie :

Soins dentaires

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 : 26/01/2020

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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.

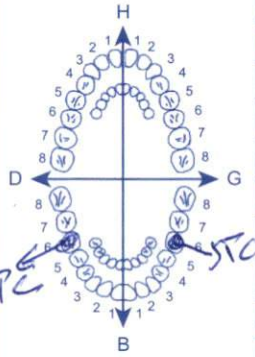
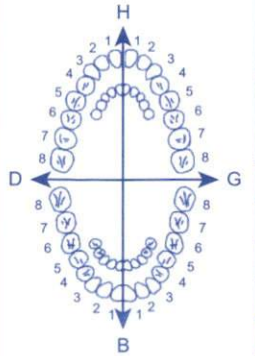
MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)

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

| SOINS DENTAIRES  | Dents<br>Traitées   | Nature des<br>Soins     | Coefficient |  |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |                            |
|--|---|-------------------------|-------------|--|--|---|--|----------|----------|--|--|----------|----------|--|--|---|--|---|--|----------|----------|--|--|----------|----------|--|--|----------------------------|
|    | 3 6   | T. canalair /<br>+ comp | 035         | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX <span>070</span>  |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |                            |
|  | 4 6   | T. canalair /<br>+ comp | 035         | MONTANTS<br>DES SOINS <span>#3000,000</span> |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |                            |
|  |   |                         |             | DEBUT<br>D'EXECUTION <span>18/08/18</span>   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |                            |
|  |   |                         |             | FIN<br>D'EXECUTION <span>22/08/19</span>     |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |                            |
|  |   |                         |             |  |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |                            |
|  |   |                         |             |  |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |                            |
|  |   |                         |             |  |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |                            |
|  |   |                         |             |  |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |                            |
|  |   |                         |             |  |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |                            |
|  |   |                         |             |  |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |                            |
| O.D.F.<br>PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>MASTICATOIRE  |                         |             |  |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |                            |
|  | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">D</th> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> |                         |             | H  |  | G |  | 25533412 | 21433552 |  |  | 00000000 | 00000000 |  |  | D |  | B |  | 00000000 | 00000000 |  |  | 35533411 | 11433553 |  |  | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX |
|  | H   |                         | G           |  |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |                            |
|  | 25533412  | 21433552                |             |  |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |                            |
|  | 00000000  | 00000000                |             |  |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |                            |
|  | D   |                         | B           |  |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |                            |
|  | 00000000  | 00000000                |             |  |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |                            |
|  | 35533411  | 11433553                |             |  |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |                            |
|  | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |                         |             | MONTANTS<br>DES SOINS                        |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |                            |
|  |   |                         |             | DATE DU<br>DEVIS                             |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |                            |
|  |   |                         |             | DATE DE<br>L'EXECUTION                       |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |                            |
|  |   |                         |             |  |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |                            |
|  |   |                         |             |  |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |                            |
|  |   |                         |             |  |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |                            |
|  |   |                         |             |  |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |                            |
|  |   |                         |             |  |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |                            |
|  |   |                         |             |  |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |                            |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

CLINIQUE DENTAIRE DU MAROC  
 VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION  
 Lot Bellevue Angle Ac Al Oods  
 Californie - Casablanca - Maroc  
 Tél : +212 522 675 75 / +212 522 787 687

Intra non défini  
18/08/2018



Aden V36  
T.C

36  
22/08/2019



Après 36  
T.C

Intra non défini  
18/08/2018



Aden H6  
T.C

46  
22/08/2019



Après H6  
T.C

CLINIQUE DENTAIRE DU MAROC  
Lot. Bellevue Angéle Bel Al Gads  
California - Casablanca - Maroc  
Tél: +212 522 78 75 73 / +212 522 78 76 87

Dr. H. BENNOUNA



# CLINIQUE DENTAIRE DU MAROC

Casablanca le 10/12/2019

**FACTURE N° :356/ 2019**  
**MR: KHATMI MOUHSSINE**

Actes réalisés

Tarif

- |                           |             |
|---------------------------|-------------|
| • TRAITEMENT CANALAIRE/36 | = 1500.00DH |
| • TRAITEMENT CANALAIRE/46 | = 1500.00DH |

Arrêtée la présente facture à la somme de 3000.00 DH

TROIS MILLE DH

CLINIQUE DENTAIRE DU MAROC  
Lot. Bellevue Angle Bd Al Qods  
Californie - Casablanca - Maroc  
Tél : +212 522 78 75 75 / +212 522 78 76 87