

# 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.

## **Pathologie 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.

## **Éducation :**

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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)

RD 16783  
Ampl

## **Déclaration de Maladie : N° P19- 0002827**

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7004

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AMELIAH JILALI

Date de naissance : 1/1/64

Adresse : 238 lot LAYOUN CASA

Tél. : 06 61 33 98 80 Total des frais engagés : 145.00 Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

**CLINIQUE DENTAIRE DU MAROC**  
Lot. Bellevue Angle Bd Al Qods  
Californie - Casablanca - Maroc  
Tél. : +212 522 78 75 75 / +212 522 78 687

Date de consultation : 18/10/2019

Nom et prénom du malade : Doudou Ameliah Seïd

**MUPRAS  
RECEPTIONS**

Age : 16/12/68

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Seiz d'elack

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : T JAN 2019

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

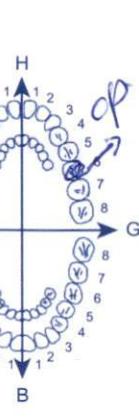
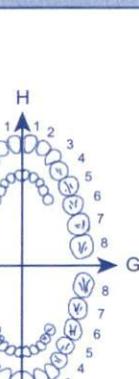
Le : 13/11/2019

#### BELEVE 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															
		Radio Panor. D15																
		2 6 obtcp D12	COEFFICIENT DES TRAVAUX D128															
		Détruitage 7 D12xx Complet	MONTANTS DES SOINS 4500,0000															
		H 5 obtcp D12	DEBUT D'EXECUTION 18/10/19															
		H 6 T. Coronalier + Cmp D35	FIN D'EXECUTION 20/11/19															
		1 5 T. Coronalier + Cmp D30																
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="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
H	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
D	00000000	00000000																
B	35533411	11433553																
G																		
			COEFFICIENT DES TRAVAUX															
			MONTANTS DES SOINS															
			DATE DU DEVIS															
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

~~VISUEL SACRÉ DU PRATICIEN ATTENTANT L'EXECUTION  
Lot Bellevue Angle Bd Al Qods  
Californie - Casablanca - Maroc  
Tél : +212 522 78 75 75 / +212 522 787 687~~



# CLINIQUE DENTAIRE DU MAROC

Casablanca le 20/11/2019

**FACTURE N° :349/ 2019**  
**Mme / DRIDOU éps AMELLAH SAIDA**

<u>Actes réalisés</u>	<u>Tarif</u>
• DETARTRAGE COMPLET	= 600.00DH
• RADIO PANORAMIQUE	= 300.00DH
• OBTURATION COMPOSITE/45	= 500.00DH
• OBTURATION COMPOSITE/26	= 600.00DH
• TRAITEMENT CANAL AIRE/46	= 1500.00DH
• TRAITEMENT CANAL AIRE/15	= 1000.00DH

Arrêtée la présente facture à la somme de 4500.00 DH

QUATRE MILLE CINQ CENT DH

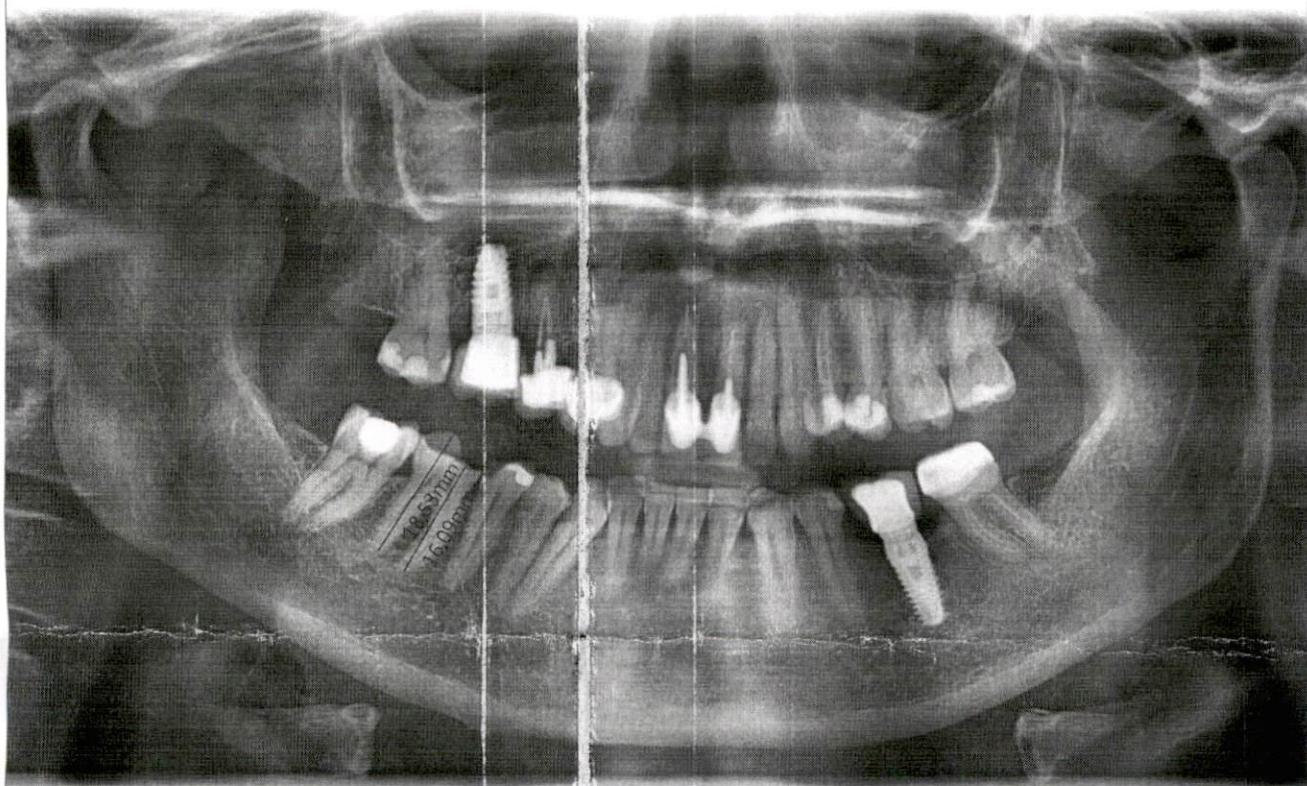
CLINIQUE DENTAIRE DU MAROC  
Lot. Bellevue angle Bd Al Qods  
Californie - Casablanca - Maroc  
Tél : +212 522 78 75 75 / +212 522 78 76 67

ICE: 001804538000089 F: 14484609 CNSS: 5174991 PATENTE: 36167975

Lotissement Bellevue angle Bd Al Qods, Californie, Casablanca - Maroc  
Tél. : +212 522 78 75 75 / +212 522 78 76 67 Email : cdm@cliniquedentairedu Maroc.com

Chart No: 20191018\_090825

Name: DRIDOU e osAMELLAH SAIDA Gender: Femme Age



Ratio: 100,00% 73[kVp] 12[mA] 1,250 dGyCm<sup>2</sup>[DAP] Panorama Standard 18/10/2019

CLINIQUE DENTAIRE DU MAROC

Lot Bellevue Angle Bd Al Qods

Californie - Casablanca - Maroc

Tel: +212 522 78 75 75 / +212 522 787 687

Dr.Taoufik

Autres rayons X non définis  
13/11/2019



Dr. Taoufik BENNOUAR  
CLINIQUE DENTAIRE DU MAROC  
25  
Lot. Bellevue Angle Bd Al Qods  
Colline - Casablanca - Maroc  
20/11/2019  
Tél : +212 522 787 687

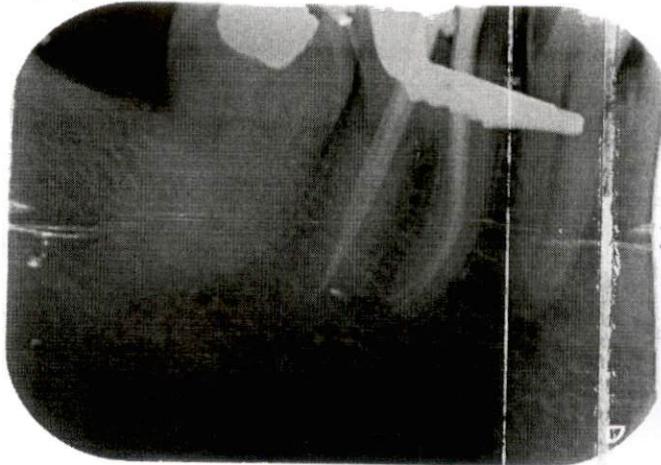


Avant T.C

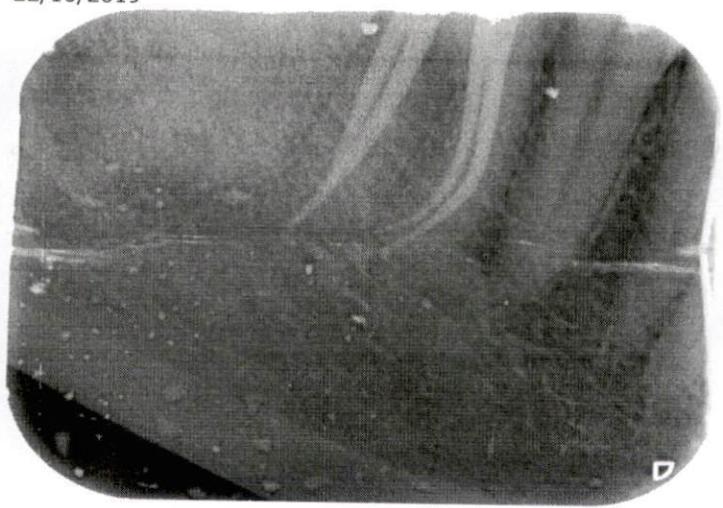
Après T.C

CLINIQUE DENTAIRE DU MAROC  
Lot. Bellevue Angle Bd Al Qods  
Colline - Casablanca - Maroc  
Tél : +212 522 787 687

46  
22/10/2019



46  
22/10/2019



Avant

T.C.

Après

T.C.