

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 Alial 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



Déclaration de Maladie

N° W21-796253

pec
Dent

| | | | |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input checked="" type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : | 11380 | Société : | RAM |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | TOUILÉ Rédha |
| Nom & Prénom : | | | |
| TOUILÉ Rédha | | | |
| Date de naissance : | | | |
| 01/12/76 | | | |
| Adresse : | | | |
| 4, Rue ibnou Kadaïba Res Raniat II Appt N° 15 CASABLANCA. | | | |
| Tél. : 0661 132653 | | | |
| Total des frais engagés : Dhs | | | |

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

| | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin :  Dr. M. CHRAIBI Clinique Dentale Multi-Specialisée Rue Soumaya Angle Bd. Abdellah Tel: 0522 93 81 03 | | | |
| Date de consultation : 21/6/23 | | | |
| Nom et prénom du malade : TOUILÉ yasmine | | | |
| Age: 13 | | | |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant | | | |
| Nature de la maladie : ODF | | | |
| 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 :

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-796253

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :
 Nom de l'adhérent(e) :
 Total des frais engagés :
 Date de dépôt :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| | | | | INP : <input type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|----------------------------------------|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est tenu 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | |
|----------|----------|
| | H |
| 25539412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

[Création, remont, adjonction]

traitement des Dysmorphoses odF

Coefficient des travaux

10

MONTANTS DES SOINS

22000.00

DATE DU
DEVIS

10

DATE DE
L'EXECUTION

10

VISIT CACHET DU PRATICIEN ATTENTION LE DEVIS
UNIQUE DEMANDE D'ESTIMATION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**CHRAIBI
DENTAL CLINIC**

BY DR. MOUNIR CHRAIBI

Soins Orthodontie • Soins Dentaires et Parodontie
Esthétique et Blanchiment Dentaire • Implantologie • Pédodontie
تقديم و معالجة • تجميل و تبييض • جراحة الأسنان و اللثة
ذرع الأسنان • طب أسنان الأطفال

ORDONNANCE

Casablanca, le 21-06-23

- TOUILA YASMINE

- Devis pour les soins :

1) Détartrage + Polissage 800 DH

2) Soins des caries sur 26-16
46-36

500 DH x 4

- Devis O.D.F au kilogramme :

22 000 DH

→ Avance 3 6000 DH

→ Mois 3 1000 DH

ICE : 0016361000061

IF : 40192673

INPE : 094178563

BILAN ORTHO

Je soussigné **DR CHRAIBI MOUNIR**, avoir examiné clinique révèle la nécessite d'un traitement ODF

Traitement ODF par système multitâche supérieure et inférieur

Système auto ligaturant

Traitement avec extraction

Durée de traitement 2ans et demi

DR CHRAIBI MOUNIR

CHRAIBI DENTAL CLINIC
Dr. Mounir CHRAIBI
Clinique Dentaire Multidisciplinaire
2, Rue Soumaya Angle Bd. Abdelmoumen
Tel: 0522 83 81 03 / 03522 25 28 87

| |
|--------------------------------|
| PATIENT:TOUIL YASMINE |
| ANALYSE CEPHALOMETRIQUE |

Analyse squelettique :

| | | |
|-----------------|--------------------|-------|
| ANGLE SNA | Myenne : 76 | 77 |
| ANGLE SNB | Myenne : 82° | 82° |
| ANGLE ANB | Moyenne : -6 | -5 |
| AOBO | Moyenne : -4mm | -4 mm |
| ANGLE FMA | Moyenne: 25° | 27° |
| ANGLE IMPA | Moyenne: 88°(+/-3) | 88 |
| ANGLE FMIA | Moyenne: 67°(+/-3) | 69 |
| ANGLE D'ATTAQUE | Moyenne: 125° | 128° |

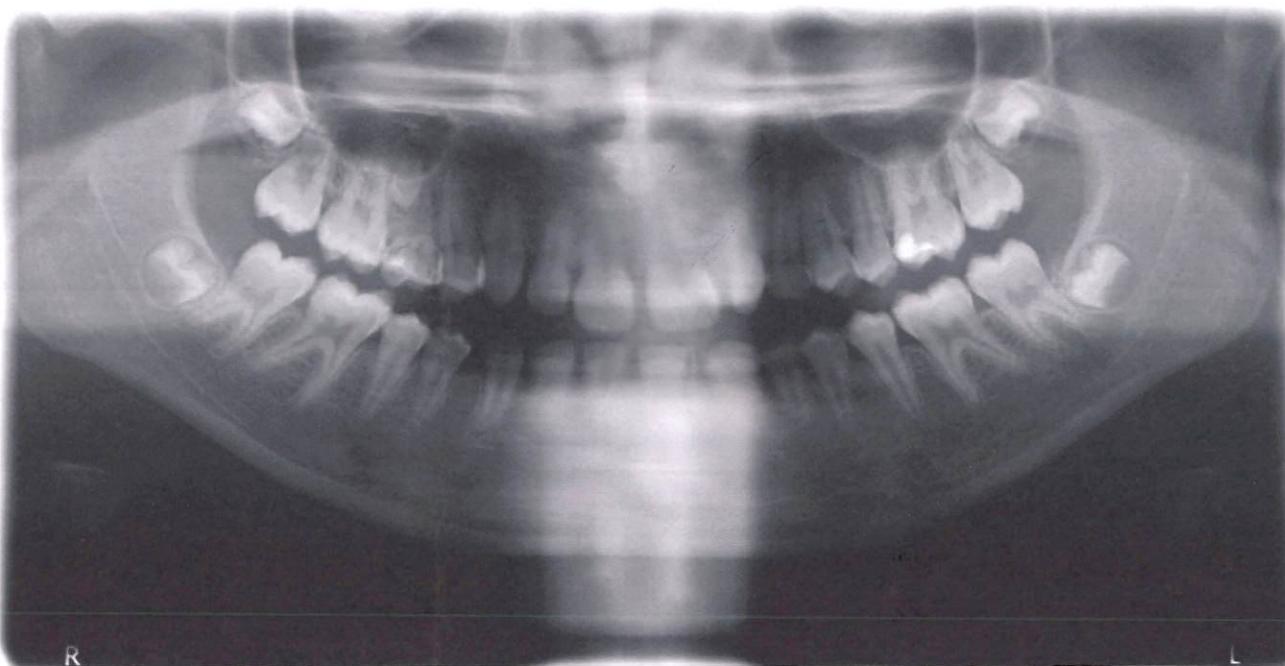
CHRAIBI DENTAL CLINIC
 Dr. Moknir CHRAIBI
 Clinique Dentaire Multidisciplinaire
 2, Rue Soumaya - Angle Bd. Abdelmoumen
 Tel: 0522 83 81 03 / 0522 25 28 87

| |
|--------------------------------|
| PATIENT:TOUIL YASMINE |
| ANALYSE CEPHALOMETRIQUE |

Analyse squelettique :

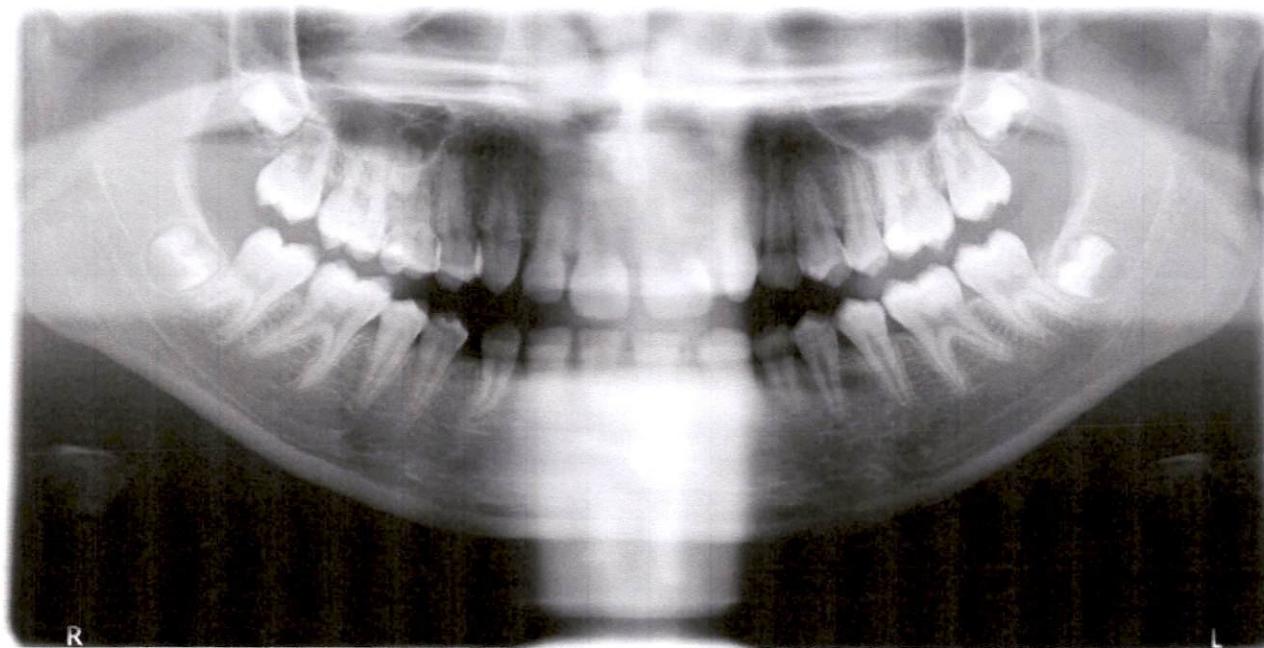
| | | |
|-----------------|--------------------|--|
| ANGLE SNA | Myenne : 76 | |
| ANGLE SNB | Myenne : 82° | |
| ANGLE ANB | Moyenne : -6 | |
| AOBO | Moyenne : -4mm | |
| ANGLE FMA | Moyenne: 25° | |
| ANGLE IMPA | Moyenne: 88°(+/-3) | |
| ANGLE FMIA | Moyenne: 67°(+/-3) | |
| ANGLE D'ATTAQUE | Moyenne: 125° | |

CHRAIBI DENTAL CLINIC
 Dr. Mounir CHRAIBI
 Clinique Dentaire Mounir CHRAIBI
 2, Rue Soumaya Angle Bd. Abdelmoumen
 Tel: 0522 63 81 03 / 0522 25 28 87



**CHRAIBI
DENTAL CLINIC**
BY DR Mounir CHRAIBI

CHRAIBI DENTAL CLINIC
Dr. Mounir CHRAIBI
Clinique Dentaire Multidisciplinaire
2, Rue Soumaya Angle Bd. Abdelmoumen
Tél : 0522 83 81 03 / 0522 25 28 87



TOUIL YASMINE

CHRAIBI DENTAL CLINIC
Dr. Mounir CHRAIBI
Clinique Dentaire Multispecialisée
2, Rue Soumaya Angle Bd. Abdellatif JOURDAN
Tél: 0522 83 81 03 / 0522 25 75 97