

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 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.



Déclaration de Maladie

N° W21-796253

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11380 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : TOULE Reda

Date de naissance : 01/12/76

Adresse : 4, Rue Ibnou Ktaiba Ras RANIA 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 : CHRAIBI DENTAL CLINIC
Dr. M. CHRAIBI
Clinique Dentaire Angle Bd. Abdou
Rue Soumaya Angle Bd. Abdou
Tél : 0522 83 81 03

Date de consultation : 24/6/23

Nom et prénom du malade : TOULE yasmine Age : 13

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ 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) :

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.

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

VOLET ADHERENT

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 :

RELEVÉ 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

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

VOLET ADHERENT

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

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

INP : 094178563

COEFFICIENT DES TRAVAUX

D84

MONTANTS DES SOINS

3400,00

DEBUT D'EXECUTION

21/6/23

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

D80

MONTANTS DES SOINS

2200,00

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession

traitement des
Dysmorphoses ODF

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 • Pédiodontie

تقويم و معالجة • تجميل و تبييض • جراحة الأسنان و اللثة

زرع الأسنان • طب أسنان الأطفال

ORDONNANCE

Casablanca, le 21-06-23

- TOUÏLE YASMINE

- Devis pour les soins :

1) Détartrage + polissage 8000 DA

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

5000 DA x 4

- Devis O.D.F. orthodontisant :

22 000 DA

→ Avance : 6000 DA

→ Mois : 1000 DA

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
Tél: 0522 83 81 03 / 0522 25 28 87

PATIENT:TOUIL YASMINE
ANALYSE CEPHALOMETRIQUE

Analyse squelettique :

ANGLE SNA	Moyenne : 76	77
ANGLE SNB	Moyenne : 82°	82°
ANGLE ANB	Moyenne : -6	-5
AOBO	Moyenne : -4mm	-4mm
ANGLE FMA	Moyenne: 25°	27°
ANGLE IMPA	Moyenne: 88°(+/-3)	89
ANGLE FMIA	Moyenne: 67°(+/-3)	69
ANGLE D'ATTAQUE	Moyenne: 125°	128°

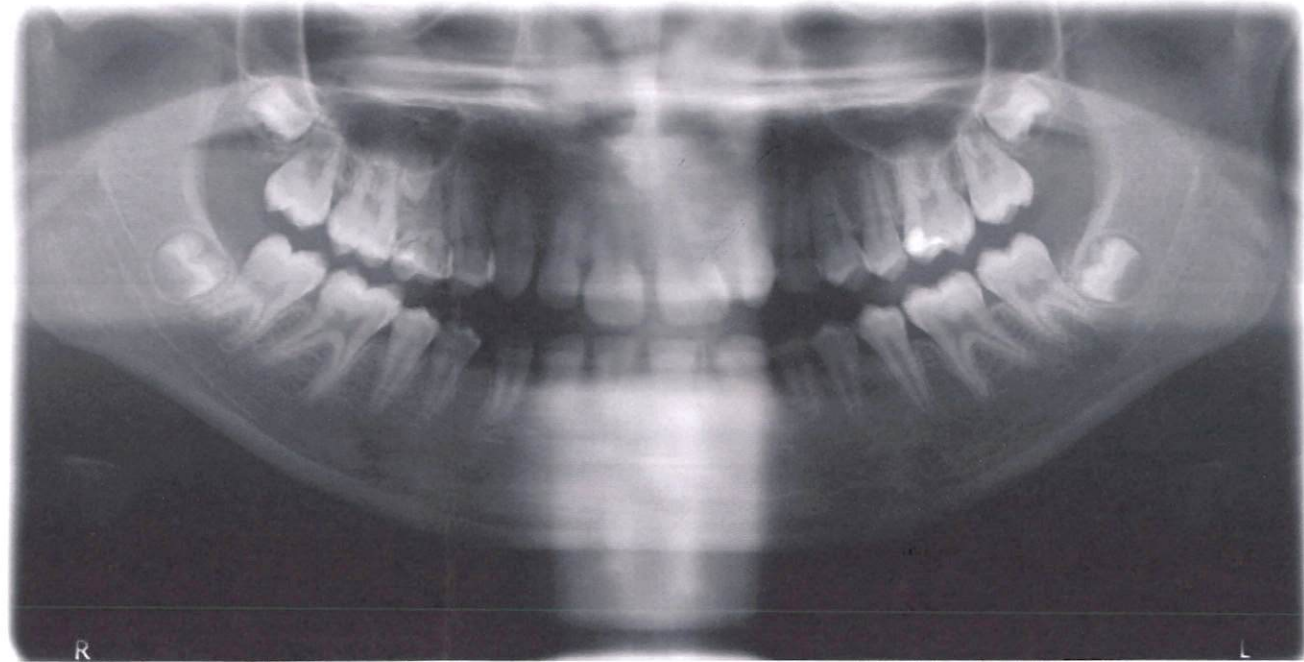
CHRAIBI DENTAL CLINIC
Dr. Mounir CHRAIBI
 Clinique Dentaire Multidisciplinaire
 2, Rue Soumaya Angle Bd. Abdelmoumen
 Tél : 8522 83 81 03 / 0522 25 28 87

PATIENT:TOUIL YASMINE
ANALYSE CEPHALOMETRIQUE

Analyse squelettique :

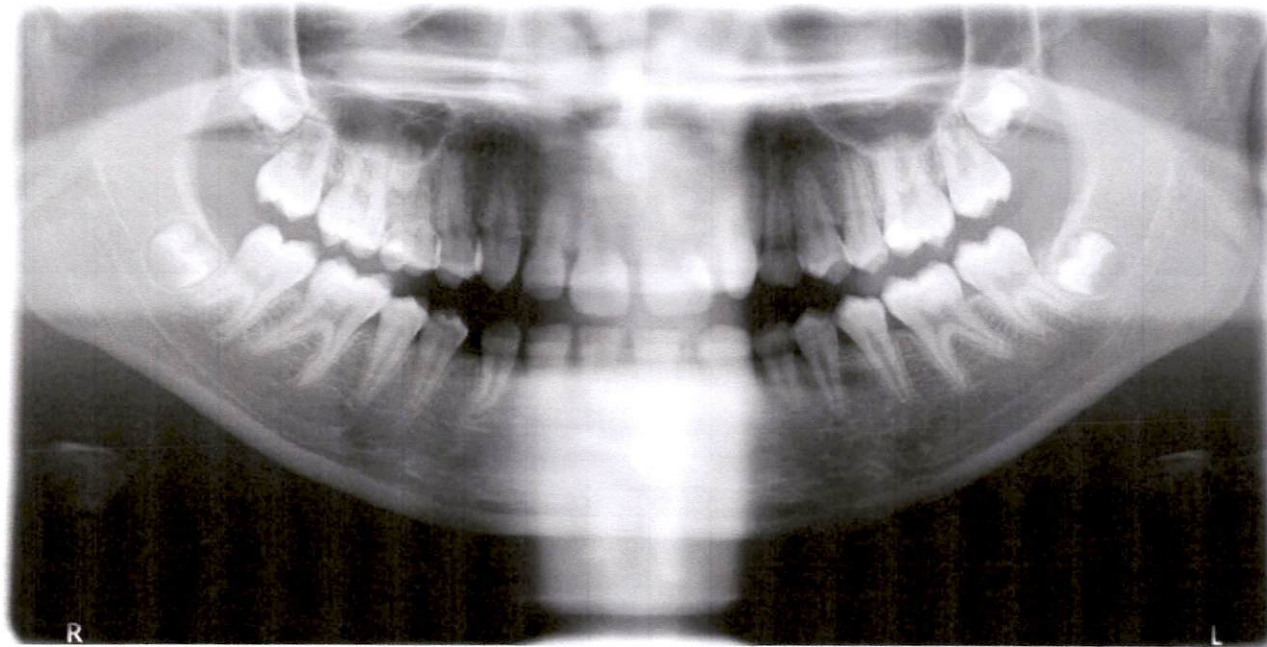
ANGLE SNA	Moyenne : 76	
ANGLE SNB	Moyenne : 82°	
ANGLE ANB	Moyenne : -6	
AOBO	Moyenne : -4mm	
ANGLE FMA	Moyenne: 25°	
ANGLE IMPA	Moyenne: 88°(+/-3)	
ANGLE FMIA	Moyenne: 67°(+/-3)	
ANGLE D'ATTAQUE	Moyenne: 125°	

CHRAIBI DENTAL CLINIC
Dr. Mounir CHRAIBI
 Clinique Dentaire Multispecialitaire
 20 Rue Soumaya Angle Bd. Abdelmoumen
 Tél: 0522 83 81 03 / 0522 25 28 97



**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



 **CHRAIBI
DENTAL CLINIC**
BY DR. Mounir CHRAIBI

TOUIL YASMINE

CHRAIBI DENTAL CLINIC
Dr. Mounir CHRAIBI
Clinique Dentaire Multispecialité
2, Rue Soumaya Angéle Bd. Adge Boujea
Tél: 0522 83 81 03 / 0522 26 75 02