

## 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

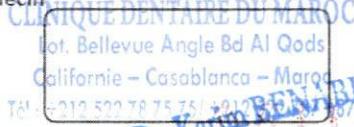
- |  |                       |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="radio"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="radio"/> Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

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.

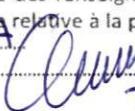
N° W19-440717

c.A

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 12291		Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
<input type="checkbox"/> Autre :			
Nom & Prénom : BOUKDOUR AMINE			
Date de naissance : 10/03/1981			
Adresse :			
Tél. : 06 72 66 75 86		Total des frais engagés : ..... Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin : 	
Date de consultation : 03/10/2019	
Nom et prénom du malade : Dr. Kamil BEN ABDELLAH	
Age : 1981	
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : Saignements 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 03/10/19  
Signature de l'adhérent(e) : 

Le 03/10/19

### 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 : [ ]
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

### RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ]
[Handwritten: 03/10/2019]	[Handwritten: Dent toutes 7 DRXL]	[Handwritten: Complex]	[Handwritten: 2 5 cbt cb D10]	COEFFICIENT DES TRAVAUX [Handwritten: D34]
				MONTANTS DES SOINS [Handwritten: #1000.00 DH]
				DEBUT D'EXECUTION [Handwritten: / ]
				FIN D'EXECUTION [Handwritten: / ]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [Handwritten: ]
				MONTANTS DES SOINS [Handwritten: ]
				DATE DU DEVIS [Handwritten: ]
				DATE DE L'EXECUTION [Handwritten: ]
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Dr. Karim BENABDALLAH  
10 Rue Aïche El Al Qods  
California - Casablanca - Maroc  
Tel: +212 522 787 537 / +212 522 787 687



# CLINIQUE DENTAIRE DU MAROC

Casablanca le 03/10/2019

**FACTURE N° :299/ 2019  
MR : BOUKDOUR AMINE**

Actes réalisés

Tarif

- |                            |            |
|----------------------------|------------|
| • DETARTRAGE COMPLET       | = 600.00DH |
| • OBTURATION COMPOSITE /25 | = 400.00DH |

Arrêtée la présente facture à la somme de 1000.00 DH

MILLE DH

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

*Dr Karim BENABDALLAH*

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

Lotissement Bellevue angle Bd al Qods, Californie. Casablanca – Maroc  
Tél. : +212 522 78 75 75 / +212 522 78 687 Email : cdm@cliniquedentaireduimaroc.com