

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## nditions 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.

## rmacie :

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.

## ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## taire :

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.

## adie 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.



Dentaire. Remb. n° 6243  
ACC-02279-07/10/2019.  
RD

## Déclaration de Maladie : N° P19-0019197

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2279 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BENNAIK Bou Rachid Date de naissance : 29/03/58  
Adresse : 294 AMELUS 2 NAKHIL Sud NAKHIL  
Tél. : 0661311689 Total des frais engagés : 4000,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
Date de consultation : 23/10/2019  
Nom et prénom du malade : BENNAIK - ABRA Age : 01/01/58  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Prothèse dentaire  
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.

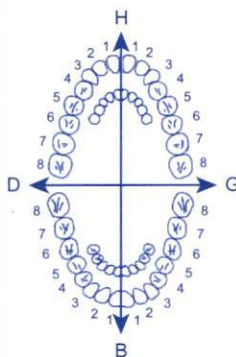
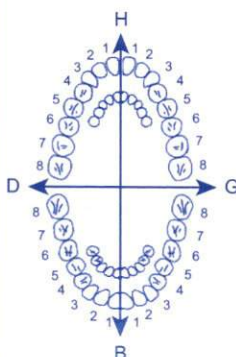
Fait à : CASABLANCA Le : 08/10/2019  
Signature de l'adhérent(e) :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DÉBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text" value="2 D180"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="46000 d.t."/>														
	<p>2 couronnes Kratosphallin</p>			DATE DU DEVIS <input type="text" value="02/09/18"/>														
<p>sur 23, 24 (2ccm)</p>			DATE DE L'EXECUTION <input type="text" value="23/09/19"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Dr. Mohammed OUJIDI  
 Médecin Dentiste Spécialiste  
 VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION  
 Paro. Implantologie  
 32.Avenue Omar Ibn Khatab Appt 3  
 Agdal - Rabat Tél : 05 37 68 68 14



# 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.

## Biologie 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.

## Prothésaire :

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

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 Angie 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



*Handwritten signature/initials*

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0019197

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)  
Matricule : 2279 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BENNAKOUF Rachid Date de naissance : 29/03/58  
Adresse : 294 AMOKIS 2 NAKHIL JUD NAKHIL  
Tél. : 0661311689 Total des frais engagés : 4000,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin : Mohammed OULIDI  
Cachet du médecin : 07 OCT. 2019  
Date de consultation : 07/10/2019  
Nom et prénom du malade : BENNANI - ASSIA Age : 01/01/54  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Prothèse dentaire  
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 : CASA Le : 08/10/2019

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*



Actes	Coefficient	des Honoraires	attestant le Paiement des Actes

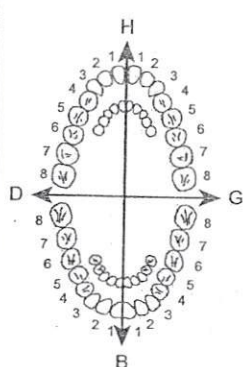
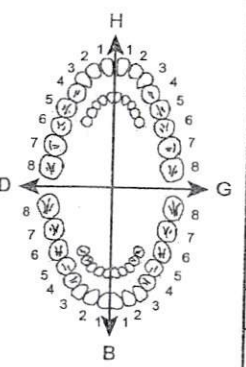
EXECUTION DES ORDONNANCES		
achet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
achet et signature du atoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
achet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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														
																	
<b>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</b>			<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>														
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B	B															
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		<b>MONTANTS DES SOINS</b>														
	2 couronnes Krönach		<b>DATE DU DEVIS</b>														
sur 23, 24 (2ccm)		<b>DATE DE L'EXECUTION</b>															

**Dr. Mohammed OUJIDI**  
Médecin Dentiste Spécialiste  
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION  
Paro. Implantologie  
32.Avenue Omar Ibn Khatab Appt 3  
Agdal - Rabat Tel : 05 37 68 68 14

DR. MOHAMMED OUJIDI

MÉDECIN DENTISTE SPÉCIALISTE

CHIRURGIE BUCCALE

(BOUCHE ET MAXILLAIRES)

PARODONTOLOGIE

IMPLANTOLOGIE ORALE

Docteur en Médecine Dentaire (Med V. Rabat)

D.E.S. Chirurgie Buccale (Garancière Paris VII)

D.U. Implantologie Orale (Paris V)

D.I.U. Pathologie de la Muqueuse Buccale (Paris VI- IGR)

Master des Sciences Biologiques et Médicales (Garancière Paris VII)

د. وجيدي محمد

طبيب جراحي للأسنان اختصاصي

جراحة الفم و الفكين

جراحة اللثة

زراعة الأسنان

Le : .....

5 Octo 2010

Mme Bennani Assia

Note des honoraires

Date	Dents	Actes	Cotation	Montant
23/09/19	23 24	Couronnes céramométalliques	2D180	4000

Total des honoraires :	4000DH
------------------------	--------

Dr. Mohammed OUJIDI  
Médecin Dentiste Spécialiste  
Chirurgie Buccale  
Parodontologie  
Implantologie  
32 Avenue Omar Ibn Khatab Appt 3  
Agdal - Rabat Tel : 05 37 68 68 14

ICE : 001672920000083 IF : 40194351

CNSS : 8677455

PAT : 25771703

32 Avenue Omar Ibn Khatab, Appt.3, Agdal / Rabat

32 شارع عمر ابن الخطاب, شقة 3 اكدال الرباط

Tél. : 05 37 68 68 14 - INP : 104163159

الهاتف : 05 37 68 68 14

DR. MOHAMMED OUJIDI

MÉDECIN DENTISTE SPÉCIALISTE

CHIRURGIE BUCCALE

(BOUCHE ET MAXILLAIRES)

PARODONTOLOGIE

IMPLANTOLOGIE ORALE

Docteur en Médecine Dentaire (Med V. Rabat)

D.E.S. Chirurgie Buccale (Garancière Paris VII)

D.U. Implantologie Orale (Paris V)

D.I.U. Pathologie de la Muqueuse Buccale (Paris VI- IGR)

Master des Sciences Biologiques et Médicales (Garancière Paris VII)

د. وجيدي محمد

طبيب جراحى للأسنان اختصاصي

جراحة الفم و الفكين

جراحة اللثة

زراع الأسنان

Le : ...../...../.....

12 5 Octo 2019

Mme Benani Assia

### Radiographie retro alvéolaire



Radiographies montrant 2 couronnes céramométalliques sur 23 et 24

Dr. Mohammed OUJIDI

Médecin Dentiste Spécialiste en

Chirurgie Buccale

Paro. Implantologie

32 Avenue Omar Ibn Khatab Appt 3

Agdal - Rabat Tél : 05 37 68 68 14



