

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W21-669407

206765

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)  
Matricole : 94.13

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ESSIELAOUI Mohammed Samir

Date de naissance :

08/05/1972

Adresse :

388, Rue Brahim Nakkache Apt 6  
Casablanca

Tél. :

0661 22 50 23 Total des frais engagés : 9000,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. AOUTI NH MOUNIR  
ORTHODONTISTE  
R.D.C Résidence MOUSSAMIH III  
N° 47, Rue OUDED TAYMA - BOURGOGNE  
CASABLANCA - Tél. 022 48 66 38

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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 : 22/10/2024

Signature de l'adhérent(e) :

E.S.SIELAOUI ISMAEL

## **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**

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				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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 094010391
		gingivectomie maxillaire 3.		COEFFICIENT DES TRAVAUX D 84
		Secteur antérieur 4 à 4.		MONTANTS DES SOINS 20004
		Secteur droite Gal 4		DEBUT D'EXECUTION
		Secteur gauche sup Gal 4.		FIN D'EXECUTION 30/04/21
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000 00000000 35533411	G	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	D	21433552 00000000 00000000 11433553	B	MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	Dr AOUTAIL MOUNIR ORTHODONTISTE R.D.C Résidence MOUSSAMIH III N° 47, Rue OULED TAYMA - BOURGOGNE			

**DR. Mounir AOUTNIL**  
Chirurgien dentiste spécialiste en orthopédie  
dento-faciale et orthodontie

Titulaire de certificat de maîtrise de l'embryologie  
et croissance cranio-faciale et développement

Diplômé de la faculté de LILLE en orthopédie  
dento-faciale et orthodontie.

**NOTE D'HONORAIRES**  
**FACTURE N ° 01157862024**

**DATE ; LE 30/04/2024**

• ENFANT ESSLAOUI ISMAEL

COTATION	ACTES	MONTANT
	<i>Examen (s) réalisé(s)</i>  <i>Gingivectomy maxillaire 3 secteur</i> <i>Secteur antérieur 4 à 4</i> <i>Secteur droite sup 6 à 4</i> <i>Secteur gauche sup 6 à 4</i>	<b>2000 DHS</b> <b>DEUX MILLE DIRHAMS</b>

**MONTANT TOTAL : DEUX MILLE DHS**

Dr. AOUTNIL MOUNIR  
ORTHODONTISTE  
N° R.C. Résidente MOUSSAMH III  
N° 47 Rue Ouled Tayma BOURGOGNE  
CASABLANCA Tel: 022 48 66 38

N 6 rue Oulad TAYMA BOURGOGNE / CASABLANCA, Tel : 022 48 66 38.  
N° PATENTE 35406126 N°IF 40102190 N°CNSS 6937421 N°ICE 001595880000095  
N° PATENTE 35406126 N°IF 40102190 N°CNSS 6937421 N°ICE 001595880000095  
ID 40010200990 INNP 094010394