

# 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 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



## Déclaration de Maladie

M22- 0057049

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11380 Société : 203837  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : TOUILE RADA  
 Date de naissance : 01/12/76  
 Adresse : 4 Rue Ibnou Kalfay Res RANIAT  
 DPPT N° 15  
 Tél. : 0661 132653 Total des frais engagés : .....Dhs

### Cadre réservé au Médecin

**CHRAIBI DENTAL CLINIC**  
**Dr. Mounir CHRAIBI**  
 Clinique Dentaire Multidisciplinaire  
 2, Rue Soumaya Angle Bd. Abdelmoumen  
 Tél : 0622 83 81 03 / 0622 25 28 87  
 Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 17/04/2024  
 Nom et prénom du malade : Touile Yasmine Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Soins dentaire  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
 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 : ..... Le : ...../...../.....

Signature de l'adhérent(e) : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

# 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

# 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 Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

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

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

pulpotomie  
coronaire  
avec obt  
de la  
chambre  
pulpaire

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

D7

MONTANTS  
DES SOINS

800DH

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

17/04/24

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412 21433552

00000000 00000000

D

00000000 00000000

35533411 11433553

G

B

(Création, remont, adjonction)

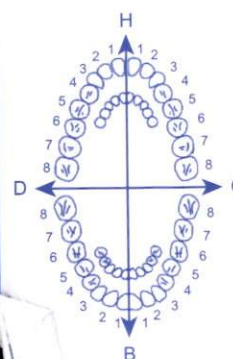
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

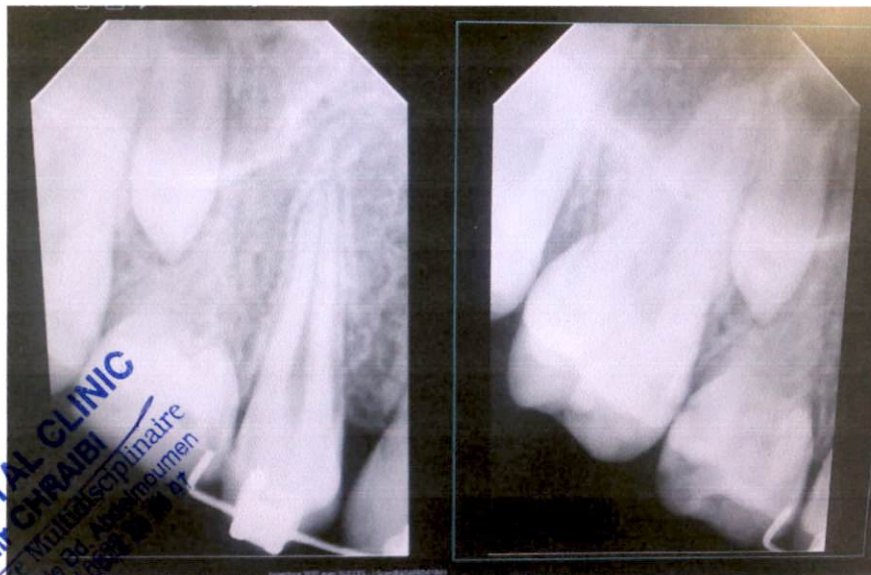
DATE DE  
L'EXECUTION



CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

CHRAIBI DENTAL CLINIC

Dr. Mounir CHRAIBI  
Clinique Dentaire Multidisciplinaire  
2, Rue Soumaya Angle Bd. Abdelmoumen  
Tel : 0022 83 81 03 / 0022 25 28 87



**GHRAIBI DENTAL CLINIC**  
**Dr. Mounir CHRAIBI**  
Clinique Dentaire Multidisciplinaire  
2, Rue Soumaya Ang. Bd Abdelmoumen  
Tél : 0622 63 61 03 / 0622 63 61 07

**Mme : TOUILE YASMINE RVG DE LA 55**

ICE : 0016361000061

IF : 40192673

INPE : 094178563

LE 17/04/2024

## **FACTURE**

Je soussigné **DR CHRAIBI MOUNIR**, atteste par la présente avoir reçu le/la patient(e) : **Mme : TOUILE YASMINE**

**ACTES : PULPOTOMIE CORONAIRE AVEC DE LA  
CHAMBRE PULPAIRE DE LA 55**

**COEFFICIENT : D7**

Le montant total de la présente note s'élève à **HUIT CENTS DIRHAMS**  
**(800, 00 DHS).**

**CHRAIBI DENTAL CLINIC**  
**Dr. Mounir CHRAIBI**  
~~Clinique Dentaire Multidisciplinaire~~  
2, Rue Soumaya Angle Bd. Abdelmoumen  
Tél : 0522 83 41 03 / 0522 25 28 87