

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2058

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : M^E TAHA-BOUAMRI ABDELKARIM

Date de naissance : 04-6-1949

Adresse : 55, Rue 4 Aéroport etg 2 cité GUYENEMER

MAY-ZAHIA - CASABLANCA

Tél. : 0661188173

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Ahmed ALLAL BEN ABDELLAH
Centre Dentaire Q1 L42, Rue
de l'Atlas Casablanca
Tél: 0522 94 65 74 - Fax: 0522 94 59 81

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/10/2014

Nom et prénom du malade : TAHA BOUAMRI ABDELKARIM

Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Prothèse 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) :

VOLET ADHÉRENT

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [Empty box]
				MONTANTS DES SOINS [Empty box]
				DEBUT D'EXECUTION [Empty box]
				FIN D'EXECUTION [Empty box]
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX D200 [Signature]
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS 5000 [Signature]
	CCC Sm 26			DATE DU DEVIS [Empty box]
				DATE DE L'EXECUTION 28/5/24 [Signature]
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	<p>Dr. M. EL ALAOUI BOUJAMID</p> <p>Centre Dentaire et de Prothèses C.I.L Casablanca</p> <p>Tel: 0522 94 65 74 - Fax: 0522 94 59 81</p>			

Dr Ahmed Alaoui Bouhamid

taha bouamri, abdelkrim

04/06/1949

Intra-oral molaire Adulte 26



DR. AHMED ALAOUI BOUHAMID
Centre Dentaire CIL 42, Rue
de Rabat 9A 6574 - 0522 51 5981
Tél: 0522 94 65 74 - 0522 51 5981

Dr Ahmed Alaoui Bouhamid
taha bouamri, abdelkrim
04/06/1949

Intra-oral molaire Adulte 26



Dr. AHMED ALAOUI BOUHAMID
Centre Dentaire C.I.L 42, Rue
des YAZZAS C.I.L Casablanca
Tel: 0522 98 85 72 - 0522 94 49 81

N° Dossier: 207167

N° Dossier externe: ACC-02058-27/05/2024

Type de dossier: DENTAIRE

Bénéficiaire: TAHA BOUAMRI ABDELKRIM

Situation: En attente

Sous-situation: ---

Date de début: 27-05-2024

Date de fin:

Date de saisie: 27-05-2024

Événement:

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants [+]

Date	Type	Commentaire
27-05-2024	Manuel	ACC D180 CCM 26 S/R RX APRES DR AHMED ALAOUI BOUHAMID

Dr. Ahmed Alaoui Bouhamid
 Docteur en chirurgie Dentaire
Spécialiste en Parodontologie
Implantologie – Prothèse fixée
Et Occlusodontie
Diplômé de l'Université de LYON



الدكتور أحمد العلوي بو حميد
 طبيب جراحي للأسنان
 اختصاصي في امراض اللثة
 الغرس و تغليف الأسنان
 خريج كلية ليون

Casablanca, le 28/05/2024

Patient(e): TAHA BOUAMRI abdelkrim

INP : 094014131
 IF : 40909045
 ICE : 001784424000064

FACTURE N° 4510F2022

ACTES	Code sécu	Dent(s)	Montant à payer
POSE CCC	0	26	5.000,00 DH
TOTAL			5.000,00 DH

Arrété le montant de la facture à la somme de

Cinq mille Dh

Signature du Praticien

Dr. Ahmed ALAOUI BOUHAMID
 Centre Dentaire CIL Casablanca
 de l'Atlas CIL Casablanca
 Tél: 0522 94 65 74 - Fax: 0522 94 59 81

Clinique Dentaire CIL
 42, rue de l'atlas – CIL*Casablanca* Tél. : 05 22 94 65 74* Fax : 05 22 94 59 81
 Site web : www.clinicdentairecil.com