

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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

N° P19- 054697

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6278 Société : R.A.M

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FEU FASKANI Said

Date de naissance : 01.01.1955

Adresse : 27, Rue BAHJA ESSANJARI B'de EL SAO DA

CASABLANCA

Tél. : 06 79 88 62 05 Total des frais engagés : 1800,00 + 169,00 DHS Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. LAHOUIRY Mohamed
Chirurgien Dentiste
268, Bis Bd. Brahim Roudani
Tél. 05 22 23 19 80 - Casablanca

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : FASKANI HIBA Age: / /

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Sin du Caries

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 03 MAI 2023

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) : /

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
PHARMACIE ET PARAPHARMACIE ROUTE D'EL HADIDA 240, Bd Brahim Roudani Casablanca Tél: 05 22 99 57 46	20/04/23	139,00
	25/04/23	30,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

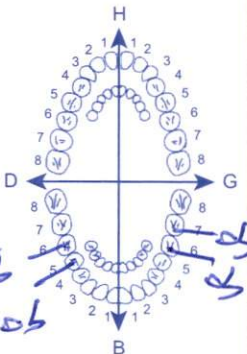
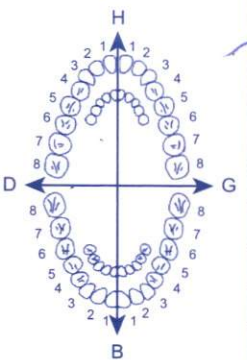
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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											
	45	05	012	Coefficient DES TRAVAUX 148										
	46	05	012	MONTANTS DES SOINS 1800,00										
	36	05	012											
	37	05	012											
					DEBUT D'EXECUTION 14/04/23									
					FIN D'EXECUTION 25/04/23									
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table><tr><td colspan="2">H</td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>D 00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>G 00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>B 35533411</td><td>11433553</td></tr></table>			H		25533412	21433552	D 00000000	00000000	G 00000000	00000000	B 35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS
	H													
	25533412	21433552												
	D 00000000	00000000												
	G 00000000	00000000												
	B 35533411	11433553												
(Création, remont, adjonction)			DATE DU DEVIS											
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. LAHOUIRY Mohamed
Chirurgien Dentiste
268, Bis Bd. Brahim Roudani
Tél: 05 22 23 19 80 - Casablanca

MYANTALGIC 20 comprimés pelliculés

PPU 30DH00 EXP 09/2024 LOT 26053 4

LAHOUIRY

tiste

محمد لهويري

صراح للأسنان

EFFIPRED 20 mg

PPU 40DH00
EXP 10/2025
LOT 20018 21

Tél. : 05 22.23.19.80: الهاتف

Casablanca, le :

20/04/2023

ORDONNANCE

المرضى FASKANI Hiba

99,00

11 Aclan 1512 (SV)

180clat 22' → 6j

40,00

2 Effipred 20mg

2cp le matin → 3j

PHARMACIE ET PARAPHARMACIE
ROUIT
05 22 23 19 80
57 46

Dr. LAHOUIRY Mohamed
Chirurgien Dentiste
268, Bis Bd. Ibrahim Roudani
Tél: 05 22 23 19 80 - Casablanca

T=139,00

LOT: 5534

PER: 12 / 24

PPV: 99DH00

Docteur Mohamed LAHOUIRY

Chirurgien Dentiste

الدكتور محمد لهويري

طبيب جراح للأسنان

الهاتف: 05 22.23.19.80: Tél.

Casablanca, le :

25/04/2023

FACTURE

9st FASIKANI HSE

- Soins de Caries

45 - 46 - 36 et 37

→ ob.

- Arrêter la prise de nourriture
à la suite de Nulle dent
dent chah

1800g

Dr. LAHOUIRY Mohamed
Chirurgien Dentiste
268, Bis Bd. Ibrahim El Roudani
Tél: 05 22 23 19 80 - Casablanca

Docteur Mohamed LAHOUIRY

Chirurgien Dentiste

الدكتور محمد لهويري

طبيب جراح للأسنان

Tél. : 05 22.23.19.80: الهاتف

Casablanca, le :

27/04/2023

ORDONNANCE

Dr. FASKANI Hise

30,0

11 Myonalgic

1 cp 1 fois



Dr. LAHOUIRY Mohamed
Chirurgien Dentiste
268, Bis Bd. Brahim Roudani
Tél: 05 22 23 19 80 - Casablanca

HARMACIE ET PARAPHARMACIE
ROUTE D'EL JADIDA
240, Bd Brahim Roudani
Casablanca
Tél: 05 22 99 57 46