

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 canaux, 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 canaux.

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° W21-784334

ACC

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8360 Société : Casa enfa.

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance : 146586

Adresse :

Tél. : 0661136078 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Docteur Hicham BENBRAHIM
Chirurgien-dentiste
PARODONTIE-IMPLANTOLOGIE
18 rue Ibnkoutaba, Franceville 2, Casa
Tél : 0522 98 80 69

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : El Horri AbdelHadi Age :

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

Nature de la maladie : Prothèse de la hanche

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

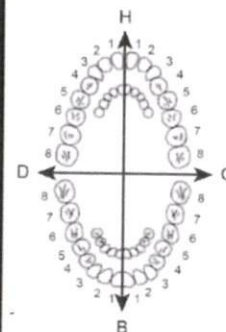
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

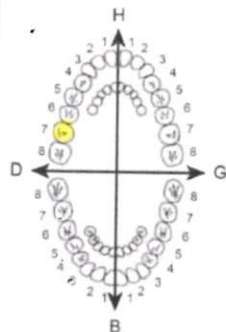
VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

Chirurgie



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Pose imp 17

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS








DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Chirurgien-dentiste
PARODONTIE - IMPLANTOLOGIE
18 rue Ibnkoutaliba, Franceville 2, Casa
Tél : 0522 98 80 69

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Hicham BENBRAHIM
Chirurgien-dentiste
PARODONTIE - IMPLANTOLOGIE
18 rue Ibnkoutaliba, Franceville 2, Casa
Tél : 0522 98 80 69

N° Dossier: 146586 
N° Dossier externe: ACC-08360-25/01/2023
Type de dossier: DENTAIRE 
Bénéficiaire: ELHORRI ABDELHAQ
Situation: Notifié 
Sous-situation: --- 
Date de début: 25-01-2023 
Date de fin: 
Date de saisie: 25-01-2023
Événement: 

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants 

Date	Type	Commentaire
27-01-2023	Manuel	ACC D100 IMP 17 S/R RX APRES DR BENBRAHIM

Casablanca le, 01/04/2023

Note d'honoraires

Patient(e): **M. ELHORRI Abdelhaq**

Nous avons le plaisir de vous présenter la note d'honoraires correspondante aux traitements effectués dans notre cabinet.

Date	ACTES	DENT	Montant
01/04/2023	Pose d'implant BIOTECH	17	6 000,00 DH
TOTAL:			6 000,00 DH

Arrêté le montant de la facture à la somme de Six mille DH

Dr. Hicham BENBRAHIM

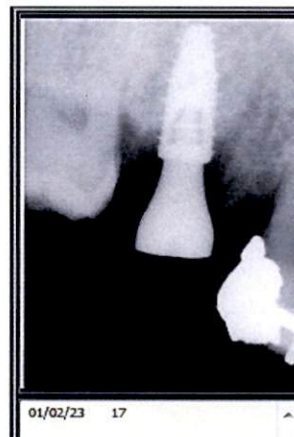
Docteur Hicham BENBRAHIM
Chirurgien-dentiste
PARODONTIE IMPLANTOLOGIE
18 rue Ibnkoutaiba, Franceville 2, Casa
Tél : 0522 98 80 69

Casablanca, le 01/04/2023

MONSIEUR ELHORRI ABDELHAQ



Radio avant la 17



Radio après la 17

Docteur Hicham BENBRAHIM
Chirurgien dentiste
PARODONTOLOGIE • IMPLANTOLOGIE
18 rue Ibnkoulouba, Franceville 2, Casa
Tél : 0522 98 80 69

Casablanca le :
29/05/2023

RECU DE PAIEMENT

M. ELHORRI

Paiement de: **6 950,00 DH**

Six mille neuf cent
cinquante DH

Chèque

secrétariat
www.cabinetbenbrahim.com
Tél: 0522 98 80 69

M. ELHORRI Abdelhaq

Votre prochain Rendez-vous le :

19/06/2023 12:00

En cas d'empêchement, veuillez nous prévenir
24h à l'avance. Merci

Secrétariat
Tél: 0522 98 80 69
www.cabinetbenbrahim.com

M. ELHORRI Abdelhaq

Votre prochain Rendez-vous le :

08/06/2023 12:00

En cas d'empêchement, veuillez nous prévenir
24h à l'avance. Merci

Secrétariat
Tél: 0522 98 80 69
www.cabinetbenbrahim.com

25/01/2023

D. Hicham BENBRAHIM
Chirurgien dentiste
IMPLANTOLOGIE
D.U. de conseil
Certificat de
scale à Toulouse
AE Larochelle
implantologie
e et prothèse
uco-gingivale

Docteur Hicham BENBRAHIM
Chirurgien-dentiste
PARODONTIE - IMPLANTOLOGIE
18 rue ibnkoutaiba, franceville2, Casa
Tél : 0522 98 80 69

EL MORRI ABDELHIAQ

Casablanca, le 25/01/2023

MR ELHORRI ABDELHAQ

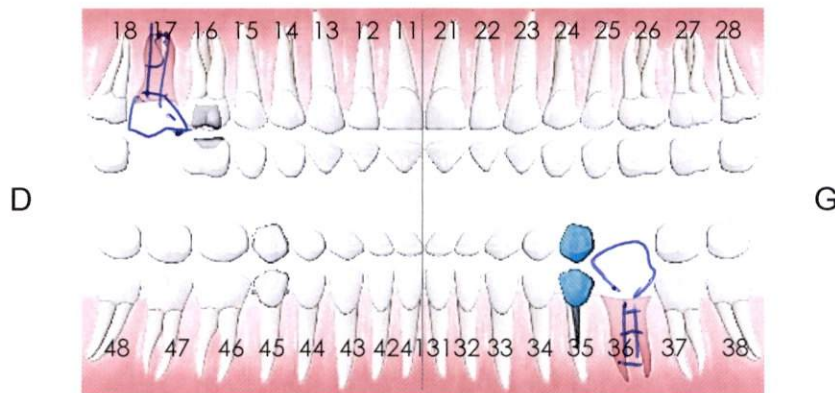


RX AVANT POSE IMP 17

Docteur Hicham BENBRAHIM
Chirurgien-dentiste
PAC - SPÉCIALISTE IMPLANTOLOGIE
18 rue Ibnou El Koutaiba, Franceville 2, Casablanca
Tél : 05 22 98 80 69

Casablanca le, 25/01/2023

DEVIS



M. ELHORRI Abdelhaq

Suite à l'examen bucco dentaire, nous avons le plaisir de vous présenter le devis correspondant au plan de traitement préconisé.

Dent(s)	ACTES	Montant à payer
17	Pose d'implant BIOTECH	6000
36	Pose d'implant BIOTECH	6000
35	Inlay core (pivot)	800
17	Extraction immédiate	1000
36	Extraction complexe	500
35	Couronne zircone céramique	3500
17	Couronne Zircone sur implant BIOTECH	5000
36	Couronne Zircone sur implant BIOTECH	5000

TOTAL: 27 800,00 DH

Les modalités de paiement:

- * Un acompte de 50 % sur la totalité de devis doit être versé à la première séance du traitement
- * Le montant restant sera versé avant la dernière séance.

Toujours soucieux d'améliorer l'accessibilité aux soins dentaires, nous vous offrons la possibilité de régler le montant de vos soins dentaires en plusieurs fois.

À votre demande, nous pourrions établir avec vous un plan conçu en fonction de votre budget et selon votre rythme. Vous n'aurez donc pas besoin d'attendre pour vous offrir le bien-être et le sourire que vous méritez.

Signature du Patient

Signature du chirurgien dentiste