

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-805377

159412

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

8634

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

ELALANA Nourad

Date de naissance :

24/09/71

Adresse :

N° 21a Rue du Tum: Nazla H.H
Essaouira

Tél. :

06683162 02 Total des frais engagés : 182,90 + 16,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. S. El Fenni Imad
Chirurgien Dentiste Orthodontiste
28, Bd. Oum Rabi Résid. Souad
Fond au Service des Mines Hay Hassani
Tél. : 05 22 88 12 00

Date de consultation :

01/06/12

Nom et prénom du malade : RAFLADA N. Nouha Age: 05/09/180

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

prothèses dentaires

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 : 13/06/12

Signature de l'adhérent(e) :

RAFLADA N. Nouha

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
 PHARMACIE POLYCLINIQUE DR. TIRABOSCH ROUTE MINTZ 0521 24 58 74	15-6-23	188.90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

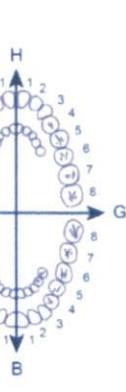
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

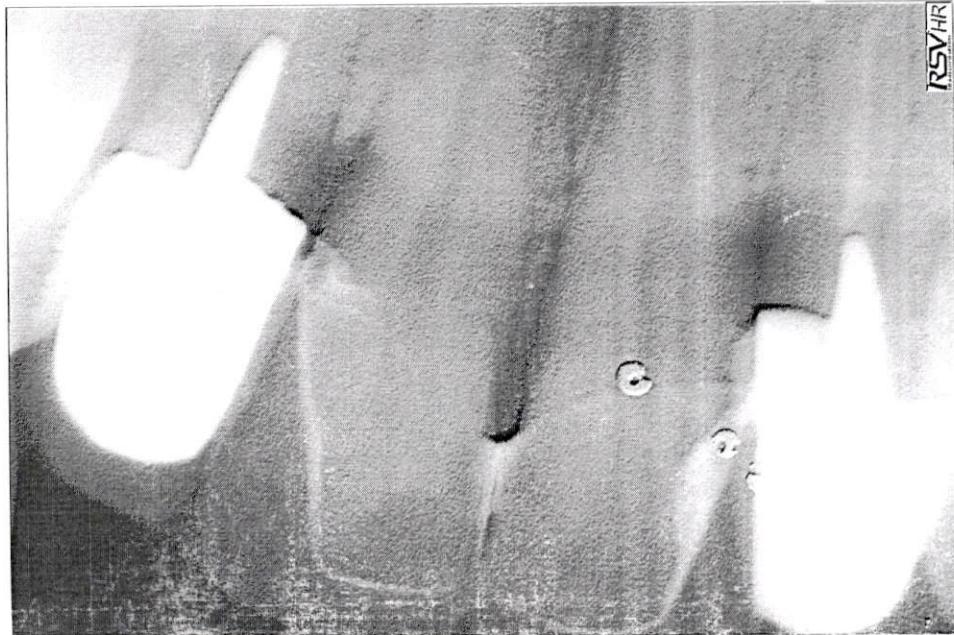
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 															
				 COEFFICIENT DES TRAVAUX															
				 MONTANTS DES SOINS															
				 DEBUT D'EXECUTION															
				 FIN D'EXECUTION															
0.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: 100px;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> <p><i>cccc 12 et 22</i></p> <p><i>Facette M - 21</i></p>				H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		 COEFFICIENT DES TRAVAUX <i>0.200 x 4</i>
H	G																		
25533412	21433552																		
00000000	00000000																		
D	G																		
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B																			
				 MONTANTS DES SOINS <i>16.000d</i>															
				 DATE DU DEVIS															
				 DATE DE L'EXECUTION <i>01/06/12</i>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

DI. BERRINI Impr.
VISA ET SACHET DU PRATICIEN PLUTÉSTANT L'EXECUTION
Chirurgien Dentiste
28, Bd. Bourguignon
92000 Paris
Réidat, Solad
M. Berrini
28, Bd. Bourguignon
92000 Paris
Service des MIRAS
01 45 92 89 10
06 10 00

05.22.89.42.00

Né(e) le :



Date de prise du cliché : 01/06/2023

Dents : 12-22

Commentaires : deux facette et deux couronne

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 radiô-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

N° ~~W21-797357~~

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 8634	Société : RAN		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	ELALANA MOURAD
Nom & Prénom : ELALANA MOURAD		Date de naissance : 26-09-71	
Adresse : N°214 Rue NY THANI APP N°3 H.H RABOL			
Tél. : 06 683 168 02	Total des frais engagés : Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
<p>Cachet du médecin :</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Dr. SERRHINI Iman Chirurgien Dentiste Orthodontiste 28 Bd. Oum Rabii Résid. Souad Face au Service des Mines Hay Hassan Tel. : 05 22 20 45 45 </div>			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : RANIA Noura Age: 1980			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Dentis pour prothèse dentaire			
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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 04/05/23

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	N° W21-797357
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule :	
Nom de l'adhérent(e) :	
Total des frais engagés :	
Date de dépôt :	

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 - RADIOPHARMACEUTICALS

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	

VOLET ADHERENT

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODDF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>										
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>										
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
			<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> D 200 x 4	
	H	25533412	21433552											
	D	00000000	00000000											
	B	35533411	11433553											
			<table border="1"> <tr> <td>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> 16 000,-</td> </tr> </table>	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> 16 000,-										
	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> 16 000,-													
			<table border="1"> <tr> <td>DATE DU DEVIS <input type="text"/> 20/04/12</td> </tr> </table>	DATE DU DEVIS <input type="text"/> 20/04/12										
DATE DU DEVIS <input type="text"/> 20/04/12														
		<table border="1"> <tr> <td>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/></td> </tr> </table>	DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>											
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
GERBHINT Imane dentiste														

Dr. SERRHINI Imane
VISA ET CASQUET Dentiste Orthodontie
Chirurgien Dentiste Orthodontiste
28, Bd. Oum Rabi Resid. Souad
Face au Service des Mines Hay Hassan!
Tél. : 05 20 93 82 00

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Imane SERRHINI

SERRHINI DENTAL CENTER
ESTHÉTIQUE ET ORTHODONTIE

Esthétique du visage | Orthodontie | Facettes
Prothèse | Blanchiment | Chirurgie | Implantologie



دكتورة إيمان سرغيني
مركز سرغيني للأسنان
تجهيل وجراحة الأسنان

تقديم | تعويض | تبييض | جراحة | زرع الأسنان
عدسات الأسنان

Casablanca le: 21/06/23

Facture : Ramdam Noura

2 CCC 12 - 22

+ 2 facettes M - 21

facture nette à seize
mille dirhams (16.000,00 dh)

Dr. SERRHINI Iman
Chirurgien Dentiste Orthodontiste
28, Bd. Oum Rabii, Saoud
Secr. Service des Mines de Hassan
(0522) 89 42 77

Dr. Imane SERRHINI

SERRHINI DENTAL CENTER
ESTHÉTIQUE ET ORTHODONTIE



Esthétique du visage | Orthodontie | Facettes
Prothèse | Blanchiment | Chirurgie | Implantologie

دكتورة إيمان سرغيني
مركز سرغيني للأسنان
تجميل وجراحة الأسنان

تقسيم | تقويم | تبييض | جراحة | زرع الأسنان
عدسات الأسنان

Casablanca le: 13/06/23

126.80,- ja ug -rin 15.

PPU: 126,30 DH
LOT: 651610
PER: 02/25



1 x 21,-

(6,-)

34.40
2) Robic 15,- 8.



1 cp 1,-

PPV 34DH40
PER 09/25
LOT 13091-1

22.20
3) Cololipine

PPV: 22DH20
PER: 03/25
LOT: M976

132.90,- 2 cp 28,- (5,-)

Dr. SERRHINI Iman
Orthodontist Dentist
28, Bd. Oum Rabia, Casablanca
Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca

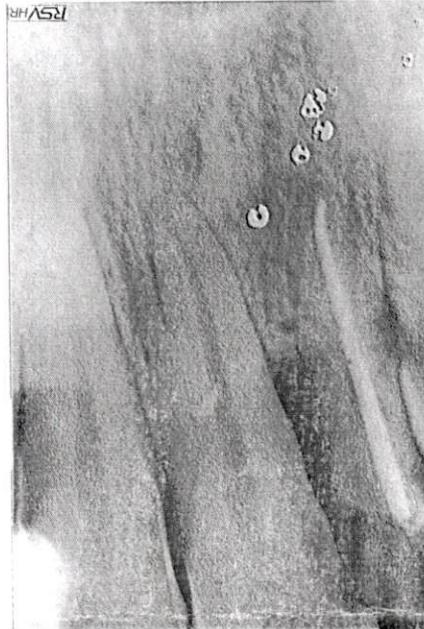
📍 28, Bd Oum Rabia, Résidence Saoud, 2ème étage N°7

📞 05 22 89 42 00 / 06 67 93 44 23 📩 imane.serrhini@gmail.com

IF : 50419005 - IMPE : 094170594 - ICE : 001959215000048

05.22.89.42.00

Né(e) le :



Date de prise du cliché : 17/04/2023

Dents : 0,22

Commentaires :

Dr. SERRHINI Imane
Chirurgien Dentiste Orthodontiste
28 Bd. Oum Habib Résid. Squad
face au Service des Mines Hay Hasseni
Tél. : 05.22.89.42.00

05.22.89.42.00

Né(e) le :



Date de prise du cliché : 17/04/2023

Dents : 12

Commentaires :

Dr. SERRHINI Imane
Chirurgien Dentiste Orthodontiste
28, Bd. Oum Rabi Résid. Souad
Face au Service des Mines Hay Hassani
Tél. : 05.22.89.42.00