

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.

N° W21-635180

Dentaire

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4126

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Ben Nabi

Date de naissance :

30-11-52

Adresse :

M 1 N°4 Villa Yasmine

TAZI Bouchra 20156 Casablanca

Tél. : 066115363) Total des frais engagés : 6250 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :


Centre Dentaire
Dr. TAZI Bouchra
Chirurgien Dentiste
Remondie 2 Tour App' 2 Rez de chausée
Birzane - Casablanca
Tél: 0522398840 / 0522398899 - Cam: 0604484664
INP: 99110196 - ICE: 001658663000076

Date de consultation :

24/01/23 Nom et prénom du malade :

Hassan Ben Fakir

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Prothèse Dentaire

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

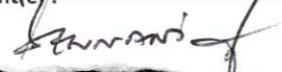
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la cause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASA

Le : 03/02/2023

Signature de l'adhérent(e) :





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 - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
DR. BERRADA JENNIFER Radiologue 12, Rue d'Alger, Casablanca Tel: 0522 22 08 10 / 0522 22 26 56	30.11.23	229	250,- Dhs
.....
.....
.....

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

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"/>
.....
.....

COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
.....
.....

MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
.....
.....

DATE DU DEVIS	<input type="text"/>
.....
.....

DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>
.....
.....

COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
.....
.....

MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
.....
.....

DATE DU DEVIS	<input type="text"/>
.....
.....

DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>
.....
.....

COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
.....
.....

MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
.....
.....

DATE DU DEVIS	<input type="text"/>
.....
.....

DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>
.....
.....

COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
.....
.....

MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
.....
.....

DATE DU DEVIS	<input type="text"/>
.....
.....

DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>
.....
.....

COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
.....
.....

MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
.....
.....

DATE DU DEVIS	<input type="text"/>
.....
.....

DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>
.....
.....

COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
.....
.....

MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
.....
.....

DATE DU DEVIS	<input type="text"/>
.....
.....

DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>
.....
.....

COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
.....
.....

MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
.....
.....

DATE DU DEVIS	<input type="text"/>
.....
.....

DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>
.....
.....

COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
.....
.....

MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
.....
.....

DATE DU DEVIS	

<tbl_r cells="2" ix="2" maxcspan="1" maxrspan="1"

N° Dossier: 153689 

N° Dossier externe: ACC-04126-17/03/2023

Type de dossier: DENTAIRE

Bénéficiaire: BENNANI MOHAMED

Situation: Notifié

Sous-situation: ---

Date de début: 17-03-2023 

Date de fin: 

Date de saisie: 17-03-2023

Événement: 

Commentaires pour l'édition

 Ajouter

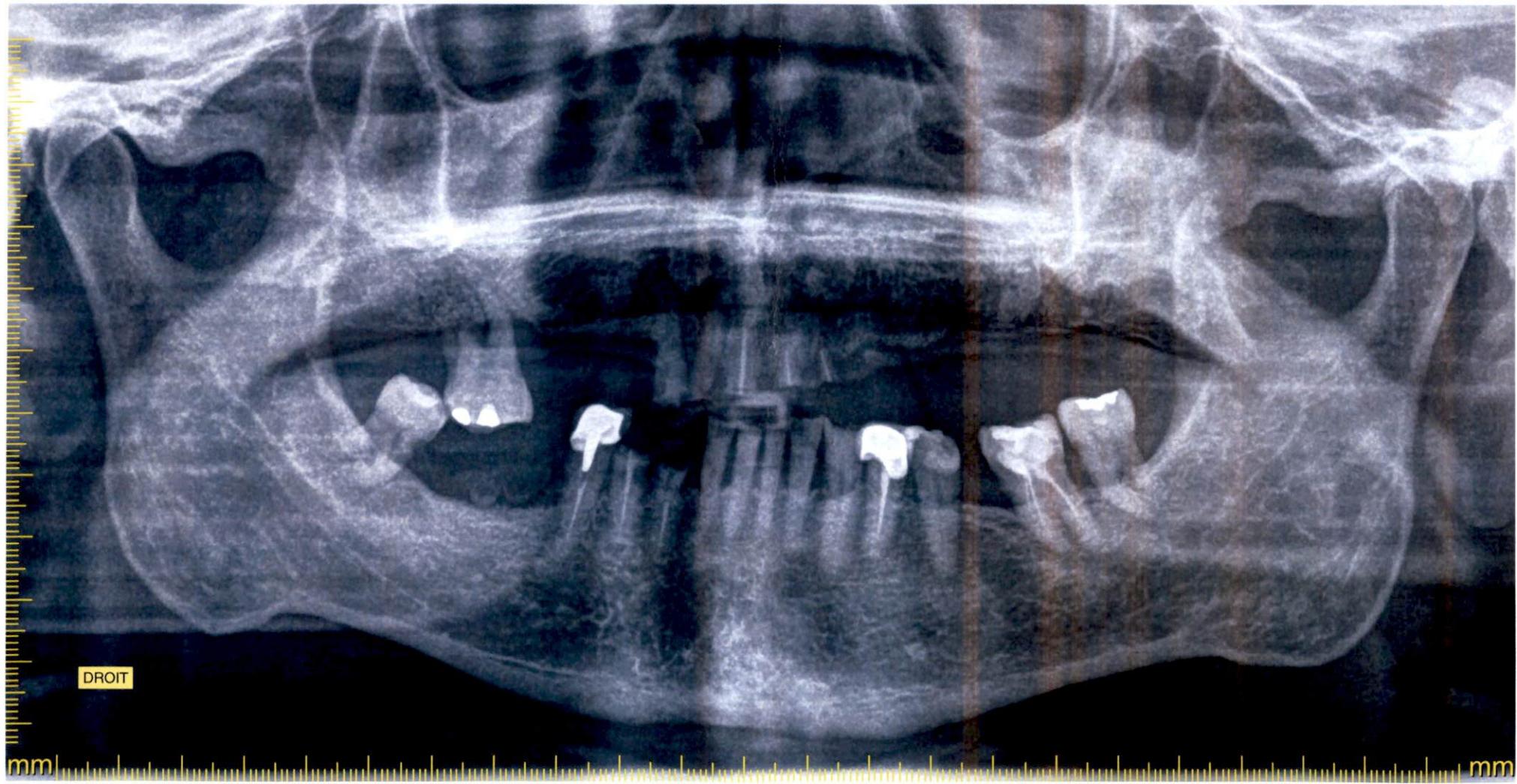
Commentaires existants 

Date	Type	Commentaire
20-03-2023	Manuel	PAS DA
31-03-2023	Manuel	ACC D120 PAP INF 45 46 47 +PAP SUP 11 DENTS 13 17 27 DR TAZI BOUCHRA

BENNANI, MOHAMED *30/11/52

01XP 30/01/23: 11:57:30, Vue

ROM



DROIT

mm mm





الفحص بالأشعة واد المخازن

Radiologie Oued El Makhazine

Dr. Khalid BERRADA SOUNNI

Lauréat de la Faculté de Médecine
de Montpellier

الدكتور خالد براادة السوني

خريج كلية الطب
بمونبولي

I.R.M

CASA LE 30.01.2023

SCANNER SPIRALE
CORPS ENTIER - 3D
Multi-barrettes

DENTA-SCANNER

RADIOLOGIE
Conventionnelle
Numérisée

RACHIS ENTIER
Numérisée

GONOMETRIE
Numérisée

ECHOGRAPHIE
pluridisciplinaire

ECHOGRAPHIE
Doppler couleur

MAMMOGRAPHIE
Tomosynthèse

OSTEO-DENSITO
Biphotonique

PANORAMIQUE
DENTAIRE
Numérisée

TELERADIO A 4 M
Numérisée

CONE BEAM

RADIO - PHOTO

NOM : BENNANI MOHAMED

DR :

EXAMEN : PANORAMIQUE

- *Parodontite.*
- *Multiples caries, liserés clairs péri radiculaires et résidus radiculaires.*

**CONFRATERNELLEMENT
DR. BERRADA SOUNNI K.**

RADILOGIE OUED EL MAKHAZINE
12, Rue d'Alger - Casablanca
Tél. : 05 22 22 26 56
05 22 08 10



الغدص بالأشعة واد المخازن

Radiologie Oued El Makhazine

Dr. Khalid BERRADA SOUNNI

Lauréat de la Faculté de Médecine
de Montpellier

الدكتور خالد براة السوني

خريج كلية الطب
بمونبولي

CASABLANCA ,LE : 30/01/2023

IR.M

SCANNER SPIRALE
CORPS ENTIER - 3D
Multi-barrettes

DENTA-SCANNER

RADIOLOGIE
Conventionnelle
Numérisée

RACHIS ENTIER
Numérisée

GONOMETRIE
Numérisée

ECHOGRAPHIE
pluridisciplinaire

ECHOGRAPHIE
Doppler couleur

MAMMOGRAPHIE
Tomosynthèse

OSTEO-DENSITO
Biphotonique

PANORAMIQUE
DENTAIRE
Numérisée

TELERADIO A 4 M
Numérisée

CONE BEAM

RADIO - PHOTO
OMCPTB BANCAIRE N° : 013780010960001050010548/BMC/ ANGLE RUE D'ALGER ET RUE JEAN JAQUES
CNSS 1707572-PATENTE 35503945 IF 40400480 ICE 001598548000033

EXONEREE DE LA TVA

Facture N°: FA23/01124

REF.NN.

BENNANI MOHAMED
ICE :

Désignation	Quantité	P.U	Montant
PANORAMIQUE	1,00	250,00	250,00
Total			250,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Deux cent cinquante Dirhams

05 22 29 94 72 - 05 22 22 08 10 / 05 22 22 26 56 / 05 22 29 96 41 - زقة الجزائر العاصمه (ساحة واد المخازن) - الدار البيضاء - الهاتف : 12, Rue d'Alger (Place Oued El Makhazine) - Casablanca - Tél. : 05 22 22 08 10 / 05 22 22 26 56 / 05 22 29 96 41 - Fax : 05 22 29 94 72

Email : radiologie.om@gmail.com





Dr TAZI Bouchra

Chirurgien Dentiste

Diplômée d'Université

Réhabilitation Orale & Prothèse Maxillo Faciale de Paris

FACTURE MR BENNANI Mohamed

FACTURE

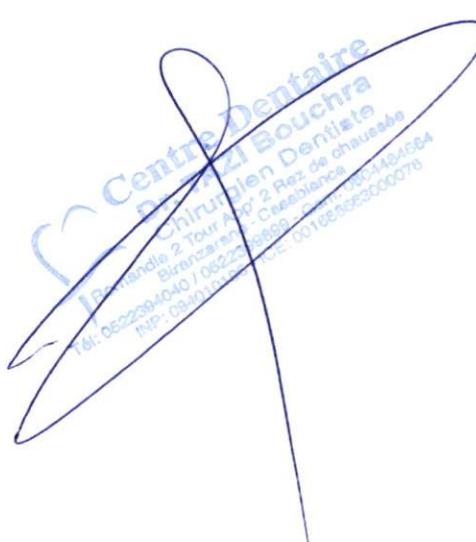
Prothèse remplaçant 45 46 47

Prothèse remplaçant 16 15 14 12 21 22 23 24 25 26

TOTAL 6000,00Dh

ICE 001688663000076

INP. 094010196





Centre Dentaire

Dr. TAZI Bouchra

Chirurgien Dentiste

Diplômée d'Université

Rehabilitation Orale & Prothèse Maxillo Faciale de Paris

Centre Dentaire
Dr. TAZI Bouchra
Chirurgien Dentiste
Romandie 2 Tour App' 2 Rez de chaussée
Biranzarane - Casablanca
Tél: 052294040 / 0522399899 - GSM: 0604484664
INP: 001683100000176 - ICE: 001623953000278
31/01/2023

Mr Bennou John

Patrice Rondeau

DR .BERRADA SOUNNI K
Radiologue

12, Rue d'Alger-Casablanca
Tél. : 0522 22 08 10/0522 22 26 58

Centre Dentaire
Dr. TAZI Bouchra
Chirurgien Dentiste
Romandie 2 Tour App' 2 Rez de chaussée
Biranzarane - Casablanca
Tél: 052294040 / 0522399899 - GSM: 0604484664
INP: 001683100000176 - ICE: 001623953000278

Romandie 2 Tour 2 App. 2 Rez de Chaussée
Biranzarane - Casablanca
Tél: 05 22 39 40 40 - 05 22 39 98 99
GSM: 06 04 48 46 64 - E-mail : tazi_bouchra@hotmail.com