

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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 : 1635 Société : 178583

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

DARIF MUSTAPHA

Date de naissance :

1950

Adresse :

7 RUE REMBRANDT . PALMIERS  
CASABLANCA

Tél. : 06 55 52 08 62

Total des frais engagés : 2 662,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. CHATRAOUI Farid  
Ben Abdellah  
Chirurgien Dentiste  
26, Rue Allal El Fassi 1er Stage  
tél. 0522 20 05 89 CASABLANCA

Cachet du médecin :

Date de consultation :

10/07/23

Nom et prénom du malade :

DARIF MUSTAPHA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

ex haet dente

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 : CASABLANCA

Le : 20/07/2023

Signature de l'adhérent(e) :

S. H. S. A.



## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

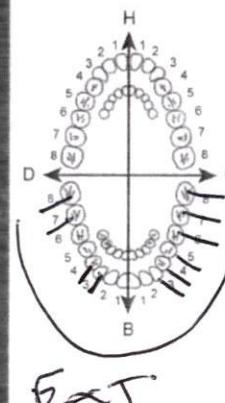
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
.....	.....	.....	.....	INP : .....   .....
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21.07.2023	162,60
		INPE: 092113299

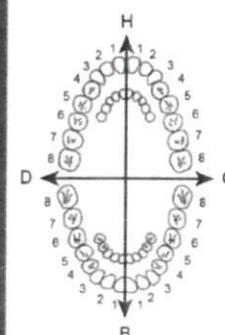
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
.....						.....
.....						.....
.....						.....
.....						.....
.....						.....

## VOLET ADHERENT

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



O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

43	ExT	D <sub>10</sub>	COEFFICIENT DES TRAVAUX	D <sub>100</sub>
33 34	ExI	D <sub>1 x 2</sub>	MONTANTS DES SOINS	2300
35	ExT	D <sub>10</sub>		
38 37	ExI	D <sub>1 x 2</sub>	DEBUT D'EXECUTION	20/07/23
36 48	ExI	D <sub>1 x 2</sub>		
47	ExT	D <sub>10</sub>	FIN D'EXECUTION	21/07/23
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
H				
25533412	21433552			
00000000	00000000			
D		G		
00000000		00000000		
35533411		11433553		
B				
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
DATE DU DEVIS				
DATE DE L'EXECUTION				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur CHATRAOUI Farid  
Ben Abdelkader  
CHIRURGIEN DENTISTE

26, Rue Allal El Fassi – 1<sup>er</sup> Etage  
Tél. : 0522.20.05.89  
CASABLANCA



الدكتور شطراوي فريد

بن عبد القادر  
طبيب جراحي للأسنان

26، زنقة علال الفاسي الطابق الأول  
الهاتف : 0522.20.05.89  
دار الصناعة

Casablanca, le : 21/07/2023

DARIF MUSTAPHA



109.00

ZAMOX 1g

(S1)

1 Sachet 2f/15/1g

14.60

DOLIPRANE 1000mg

(S2)

1cf/3f/15

39.00

Souakine (ff)

(S3)

en boîte de brosse

3fil

162.60

Dr. CHATRAOUI Farid  
Ben Abdelkader  
Chirurgien Dentiste  
26, Rue Allal El Fassi 1er Etage  
Tél: 0522 20 05 89 CASABLANCA

PPV: 109DH00  
PER: 04-26  
LOT: M 1260



ج.م.د  
ج.م.د  
ج.م.د  
ج.م.د  
ج.م.د

N  
LOT: 390  
UT: AU : SEP 2025



(ج.م.د)  
ج.م.د  
ج.م.د  
ج.م.د  
ج.م.د

ج.م.د

ج.م.د

P P V 1 4 D H 6 0  
P E R 0 3 / 2 6  
L O T M 8 0 4

INPE : 094008992 - IF : 41800249 - Patente : 34200198 - CNSS : 2599530 - ICE : 001978127000032



Docteur CHATRAOUI Farid

Ben Abdelkader

CHIRURGIEN DENTISTE

26, Rue Allal El Fassi – 1<sup>er</sup> Etage

Tél. : 0522.20.05.89

CASABLANCA



الدكتور شطراوبي فريد

بن عبد القادر

طبيب جراحي للأسنان

26، زنقة علال الفاسي الطبق الأول

الهاتف : 0522.20.05.89

دار البيضاء

Casablanca, le 21/07/2023.

FATIMA

DARIF  
MUSTAPHA

Sains dentaires

Extraction : 444333435

38373648 47

D<sub>11</sub>o × 10 = 2300, 00

# deux mille trois cent dirhams #

Dr. CHATRAOUI Farid  
Ben Abdelkader  
Chirurgien Dentiste  
26, Rue Allal El Fassi 1<sup>er</sup> Etage  
Tél: 0522.20.05.89 CASABLANCA

Centre de Radiologie AL WILAYA

Scale 100%



20/07/23 66.0kV 8.0mA 15.7s 98.4mGy $\times$ cm<sup>2</sup>

## F A C T U R E

**N° de l'admission** : 23004141      **N° Facture :** 23004089      **Date facturation :** 20/07/2023

Nom et prénom du patient : **MUSTAPHA DARIF**

Convention : ICE :

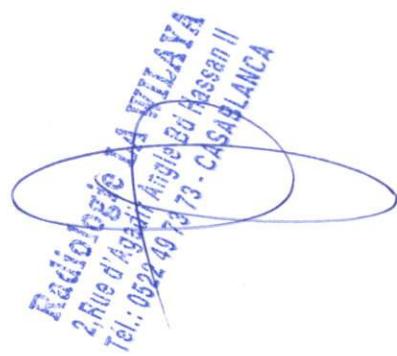
Traitemen : **Examen radiologie** Entrée: 20/07/2023 Sortie: 20/07/2023

PRESTATIONS	Nombre	Prix unitaire	Montant
PANORAMIQUE DENTAIRE			200.00
		Sous-Total	<b>200.00</b>

arrêtée la présente facture à la somme de :

<b>Deux cents dirhams</b>	<b>Total</b>	<b>: 200.00</b>
Immatriculation :		:
N° prise en charge :		:

Notre compte bancaire :



Docteur CHATRAOUI Farid  
Ben Abdelkader  
CHIRURGIEN DENTISTE

26, Rue Allal El Fassi – 1<sup>er</sup> Etage  
Tél. : 0522.20.05.89  
CASABLANCA



الدكتور شطراوي فريد

26 شارع القاصر  
طبيب جراحي للأسنان  
زنقة علال الفاسي الطيلق الأول  
الهاتف : 0522.20.05.89  
دار البيضاء

Casablanca, le : 20/07/2023

DARIF MUSTAPHA

Rx PANORAMIQUE

Dr. CHATRAOUI Farid  
Ben Abdelkader  
Chirurgien Dentiste  
26, Rue Allal El Fassi, 1<sup>er</sup> Etage  
Tel: 0522 20 05 89 CASABLANCA

Radioologie LA WILAYA  
2, Rue d'Algérie Angle Bd Hassan II  
Tel: 0522 49 73 73, CASABLANCA

## Dr. M. ALAOUI BOUHAMID

Médecin radiologue imagerie générale et ostéo-articulaire  
Diplômée en imagerie ostéo-articulaire de la Faculté de Médecine de Lyon  
Membre de la société Française de Radiologie

CASABLANCA, le 20 Juillet 2023

**NOM ET PRENOM: DARIF MUSTAPHA**

**MEDECIN PRESCRIPTEUR : DR CHATRAOI FARID**

**EXAMEN REALISE : PANORAMIQUE DENTAIRE**

### **Résultat :**

- Edentation totale des secteurs 1 et 2
- Dents manquantes au niveau des secteurs 3 et 4
- Chicots dentaires au niveau des secteurs 3 et 4
- Lésion ostéolytique au niveau du secteur 4
- Fonds des sinus maxillaires libres.
- ATM en place.

En vous remerciant de votre confiance  
**DR M.ALAOUI BOUHAMID**

*Dr. M. ALAOUI BOUHAMID*  
Médecin Radiologue