

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.

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° W21-808383

172691

Optique

Autres

ROYAL AIR MAROC

Maladie Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8970

Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL FILALI HAMZA ELMUSTAPHA

Date de naissance : 09/11/1971

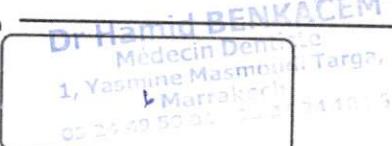
Adresse : N° 36 lot EL KIFIR TARGA

MARRAKECH

Tél. : 06 64 46 45 24 Total des frais engagés : 12100,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/06/23

Nom et prénom du malade : EL FILALI HAMZA Age : 22

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Soins 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 : 19/06/2023 Le : 26 AOÛT 2023

Signature de l'adhérent(e) : Signature de l'accueil : M. A. A. 215/2023



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 : [REDACTED] |
| | | | | |
| | | | | |

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 |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| [REDACTED] | 19/06/23 | Réf. 1011111111111111 | 200,00 |
| | | Z15 | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particulier | 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 : 074117518211 |
|--|---|--|-------------|-----------------------------|
| [REDACTED] | H | Coupe d'éruption C | | |
| [REDACTED] | D | Accordé Lef Detourage D24 | D24 | COEFFICIENT DES TRAVAUX DS4 |
| [REDACTED] | G | | | MONTANTS DES SOINS 1900,00 |
| [REDACTED] | B | | | DEBUT D'EXECUTION 19/06/23 |
| [REDACTED] | H | | | FIN D'EXECUTION 26/06/23 |
| O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
| [REDACTED] | H | 25533412 21433552 00000000 00000000 | G | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| [REDACTED] | D | 00000000 00000000 35533411 11433553 | B | MONTANTS DES SOINS |
| [REDACTED] | G | | | DATE DU DEVIS |
| [REDACTED] | B | | | DATE DE L'EXECUTION |
| [REDACTED] | H | [REDACTED] | | |
| [REDACTED] | D | [REDACTED] | | |
| [REDACTED] | G | [REDACTED] | | |
| [REDACTED] | B | [REDACTED] | | |
| <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | | |
| <p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p> | | | | |
| <p>Dr Hamid BENKACEM Médecin Dentiste 1, Yasmine Masmoudi Farga, 05 24 49 50 01 - 05 24 44 10 36</p> | | | | |
| <p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p> | | | | |
| <p>Dr Hamid BENKACEM Médecin Dentiste 1, Yasmine Masmoudi Farga, 05 24 49 50 01 - 05 24 44 10 36</p> | | | | |



DENTAL CLINIC · CLINIQUE DENTAIRE · مصحة الأسنان

Dr Hamid BENKACEM

Médecin Dentiste Spécialiste en Implantologie et Esthétique Dentaire

Docteur en Médecine Dentaire

Postgraduate in Implantology & Aesthetics

Diplôme Universitaire d'Implantologie Orale et Maxillo-Faciale

Diplôme Universitaire en Dentisterie Esthétique

Diplôme Universitaire Européen du Laser Assisté

Diplôme Universitaire de Chirurgie Buccale

Certificat de Compétence Clinique Laser Assisté

Certificat Universitaire en Chirurgie Pré-Implantaire

CES en Parodontologie

Casablanca

New York University

Toulouse

Valladolid

Paris VII

Dijon

Paris VII

Paris VII

Casablanca

Le 26/06/2023

FACTURE N° : 2005

Patient(e) : EL FILALI Hamza

| ACTES | DATE | MONTANT à payer |
|-------------------|------------|-------------------|
| Consultation | 19/06/2023 | 200.00 MAD |
| Radio panoramique | 19/06/2023 | 200.00 MAD |
| TOTAL | | 400.00 MAD |

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Quatre cent dirhams

Payé par carte bancaire

I.F : 69167960 : Patente : 45328526 /

ICE : 001684048000036



NOTE D'HONORAIRES

Nom et prénom du médecin dentiste : Dr BENKACEM Hamid.

N° de l'INPE : 074179821 .

N° de l'ICE : 001650111000073

N° de l'IF : 69167960 .

Nom et Prénom : ELFILALI HAMZA

| Dents traitées | Valeur clé | Dates des actes | Lettre clé + cotation NGAP | Valeur clé | Montant facturé | Signature et Cachet du Médecin Dentiste |
|----------------------|------------|-----------------|----------------------------|------------|-----------------|--|
| consultation | | 19/06/23 | C | | 200,00 | Dr Hamid BENKACEM Médecin Dentiste 1, Yasmine Masmoudi Targa, Marrakech 05 24 34 10 36 05 24 49 50 01 - 05 24 34 10 36 |
| Rapport d'amygne | | 19/06/23 | Z15 | | 200,00 | Dr Hamid BENKACEM Médecin Dentiste 1, Yasmine Masmoudi Targa, Marrakech 05 24 34 10 36 05 24 49 50 01 - 05 24 34 10 36 |
| Arcade(s) Detartrage | | 19/06/23 | D24 | | 500,00 | Dr Hamid BENKACEM Médecin Dentiste 1, Yasmine Masmoudi Targa, Marrakech 05 24 34 10 36 05 24 49 50 01 - 05 24 34 10 36 |
| 16 obtcp | | 22/06/23 | D15 | | 600,00 | Dr Hamid BENKACEM Médecin Dentiste 1, Yasmine Masmoudi Targa, Marrakech 05 24 34 10 36 05 24 49 50 01 - 05 24 34 10 36 |
| 17 obtcp | | 26/06/23 | D15 | | 600,00 | Dr Hamid BENKACEM Médecin Dentiste 1, Yasmine Masmoudi Targa, Marrakech 05 24 34 10 36 05 24 49 50 01 - 05 24 34 10 36 |

Montant global : 2.100,00 DH

Mode de paiement : C.B

Signature et Cachet

Dr Hamid BENKACEM
Médecin Dentiste
1, Yasmine Masmoudi Targa,
Marrakech 05 24 34 10 36
05 24 49 50 01 - 05 24 34 10 36



DENTAL CLINIC · CLINIQUE DENTAIRE · مصحة الأسنان

Dr Hamid BENKACEM

Médecin Dentiste Spécialiste en Implantologie et Esthétique Dentaire

Docteur en Médecine Dentaire

Postgraduate in Implantology & Aesthetics

Diplôme Universitaire d'Implantologie Orale et Maxillo-Faciale

Diplôme Universitaire en Dentisterie Esthétique

Diplôme Universitaire Européen du Laser Assisté

Diplôme Universitaire de Chirurgie Buccale

Certificat de Compétence Clinique Laser Assisté

Certificat Universitaire en Chirurgie Pré-Implantaire

CES en Parodontologie

Casablanca

New York University

Toulouse

Valladolid

Paris VII

Dijon

Paris VII

Paris VII

Casablanca

Le 26/06/2023

FACTURE N° : 2006

Patient(e) : EL FILALI Hamza

| ACTES | DATE | MONTANT à payer |
|-------------------|------------|-----------------|
| Détartrage simple | 19-06-2023 | 500.00 MAD |
| Composite 16 | 22-06-2023 | 600.00 MAD |
| composite 17 | 26-06-2023 | 600.00 MAD |
| TOTAL | | 1700.00 MAD |

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Mille sept cent dirhams

Payé par carte bancaire

I.F : 69167960 : Patente : 45328526 /

ICE : 001684048000036



Dr Hamid BENKACEM

Médecin Dentiste Spécialiste en Implantologie et Esthétique Dentaire

| | |
|--|---------------------|
| Docteur en Médecine Dentaire | Casablanca |
| Postgraduate in Implantology & Aesthetics | New York University |
| Diplôme Universitaire d'Implantologie Orale et Maxillo-Faciale | Toulouse |
| Diplôme Universitaire en Dentisterie Esthétique | Valladolid |
| Diplôme Universitaire Européen du Laser Assisté | Paris VII |
| Diplôme Universitaire de Chirurgie Buccale | Dijon |
| Certificat de Compétence Clinique Laser Assisté | Paris VII |
| Certificat Universitaire en Chirurgie Pré-Implantaire | Paris VII |
| CES en Parodontologie | Casablanca |

Marrakech LE 19/06/2023

Compte rendu

Mr. ELFILALI HAMZA

Compte rendu de la radio Panoramique " 2D " :

- RAS AU NIVEAU DES ATM.
- FRACTURE AU NIVEAU DE LA 15.
- TRAITEMENT ENDODONTIQUE SUR LA 15.
- PARODONTITE CHRONIQUE.
- MULTIPLES OBTURATIONS.

Dr Hamid BENKACEM
 Médecin Dentiste
 1, Yasmine Masmoudi Targa,
 Marrakech
 05 24 49 50 01 | 05 24 34 10 36



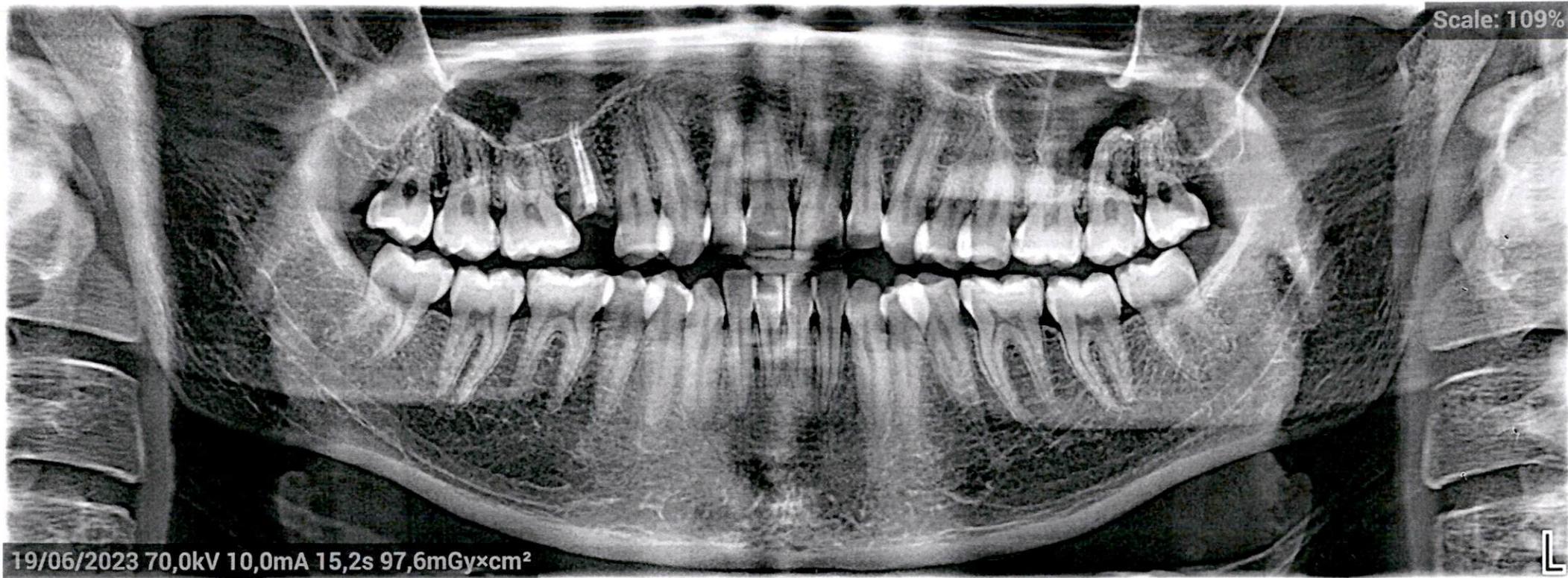
Elfilali Hamza

ID 30424

DOB 18/08/2001



Scale: 109%



19/06/2023 70,0kV 10,0mA 15,2s 97,6mGy×cm²

Dr Hamid BENKACEM
Médecin Dentiste
1, Yasmina Rasmoufi Targa,
624 40 50 01 05 24 34 10 36