

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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 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

174861

Déclaration de Maladie : Nº P19-0019353

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09441 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL MOATAZID Date de naissance : 30/03/66

Adresse : Annal 1 Rue 32 N° 4 Benmoussa

Tél. : 0619939553 Total des frais engagés : 949,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur BENMOUSSA Ali
Chirurgien Dentiste
Angle Bd Abdelmoumen et Rue
Abou Marouane Abdellatif
Tél. 05.22.82.22.01 / 36.22.22.01

Date de consultation : 04/09/2023

Nom et prénom du malade : EL MOATAZID Brahim Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Carie 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 : Casablanca

Le : 11/09/2023

Signature de l'adhérent(e) :



R ACCUEIL

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMACIE L'ENTENTE BAHRI HASSAN Avenue Sidi Khalil 2 N° 107 Sidi Bernouss, Casablanca Tél. 73.11.11	AS/08/23	149.62

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

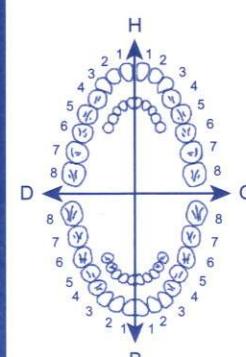
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODP.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
	(A/F)	Dep +	① 35	Coefficient des travaux ① 35
		Complexe		Montants des soins 800 ① 4
				Début d'exécution 15/08/23
				Fin d'exécution 04/09/23

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

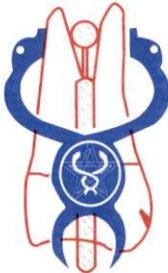
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ALI BENMOUSSA

Docteur en médecine dentaire

Spécialiste en orthodontie

Spécialiste en implantologie



علي بنموسى

دكتور في طب الأسنان

اختصاصي في زرع الأسنان

اختصاصي في تقويم اعوجاج الأسنان

خريج جامعة بوردو II

Casablanca, le

15 AOUT 2023

الدار البيضاء ، في

PPV: 40DH00
PER: 05/26
LOT: M1334

bottu
62, Avenue des Charruas - Ain Seba - Casablanca
S. Rachouk - Pharmacien Responsable

EL NOUAFID SIDI BERHNIN,

LOT : 4481
PER : 06-25
P.P.V : 99DH00

99.-



ACLAVID

a sdur 2 glets

45.-

COPREED 2 g



3 gel matin

10.6,-

Dolashop 1g

PHARMACIE
BOUTIQUE
Avenue des Charruas 2 N° 147
Sidi Bernoussi - Casablanca
Tél : 73-11-13

LOT : 5522
PER : 12-25
P.P.V : 10 DH 60

Docteur BENMOUSSA Ali
Chirurgien Dentiste
Angle Bd Abdelmoumen et Rue
Abou Marouane Abdemalek
tel: 05.22.86.22.06 / 86.31.90 - Casablanca

زاوية شارع عبد المؤمن أبو مروان عبد المالك - حي المستشفيات إقامة هشام الطبق الأول - الدار البيضاء

Angle Bd. Abdelmoumen et Rue Abou Marouane Abdemalek - Quartier des Hôpitaux Résidence Hicham 1er Etage
Casablanca - Tél.: 0522 86 22 06 / 05 22 86 31 90
الهاتف:

ICE : 00179434200095 - IF : 42040665 - CNSS : 2154574 - INPE : 094011467

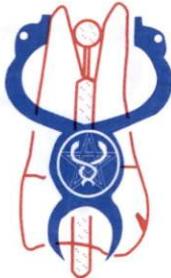
ALI BENMOUSSA

Docteur en médecine dentaire

Spécialiste en orthodontie

Spécialiste en implantologie

Diplôme de l'université de Bordeaux II



علي بنموسى

دكتور في طب الأسنان

اختصاصي في زرع الأسنان

اختصاصي في تقويم اعوجاج الأسنان

خريج جامعة بوردو II

Casablanca, le ٢٤/٦/٢٠٢٣

الدار البيضاء ، في

Facture

Mr ELHOUAQID Brahim

Dep + Composite (17) D₃₅ → 800Dhs

Annexe la présente facture à la somme
des huit cent dirhams

Docteur BENMOUSSA Ali
Chirurgien Dentiste
Angle Bd Abdelmalek et Rue
Abou Marouane Abdelmalek
Tél: 05 22 86 22 06 / 05 22 86 31 90 - Casablanca

زاوية شارع عبد المؤمن أبو مروان عبد المالك - حي المستشفيات إقامة هشام الطايف الأول - الدار البيضاء

Angle Bd. Abdelmalek et Rue Abou Marouane Abdelmalek - Quartier des Hôpitaux Résidence Hicham 1er Etage

الهاتف : 05 22 86 22 06 / 05 22 86 31 90

Casablanca - Tél.: 0522 86 22 06 / 05 22 86 31 90

ICE : 001794342000095 - IF : 42040665 - CNSS : 2154574 - INPE : 094011467