

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES RÉJETS

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.



Déclaration de Maladie

M23-0019423

17 5628

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1002

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : AJAL OTMANE

Date de naissance : 1948

Adresse : 95 RUE ORJOUANE AGAS HAY RAHA CASA

Tél. : 0612533331

Total des frais engagés : 2000,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Mohammed Kamal ABBASSI
ORTHODONTISTE
Spécialiste en orthopédie Dento-Faciale
(enfant & adulte)
76, Bd Abdelmoumen Rés. la Koutoubia Appt. 54
Tél: 0522 99 33 94 0522 99 48 07
Fax: 0522 99 33 09 Casablanca

Date de consultation : 31/09

Nom et prénom du malade : Ajal Otmane

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : elz

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

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 : CASA

Le : 01 / 09 / 23

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

RELEVÉ 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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
	Re 01.09.23.	18 extractions	500	COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	Re 31.08.23.	113 extractions	500	MONTANTS DES SOINS														
	Re 30.08.23	123 extractions	500	DEBUT D'EXECUTION														
	Re 29.08.23	124 extractions	500	FIN D'EXECUTION														
	Re 28.08.23	125 extractions	500															
	Re 27.08.23	126 extractions	500															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table><tr><td colspan="2">H</td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>D</td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35583411</td><td>11433553</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></tr></table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35583411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35583411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
			DATE DU DEVIS															
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Dr. Mohammed Kamal ABBASSI

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Spécialiste en Orthopédie Dentofaciale (enfant & adulte)

76, Bd. Abdelmoumen Rés. la Koutoubia Appt. 54

Tél: 0522 99 33 94 0522 99 48 07

Gsm: 06 63 05 23 09 Casablanca

Centre dentaire Abbassi Med Kamal

Dr. Med Kamal ABBASSI Chirurgien Dentiste
Spécialiste En Orthodontie Adulte et Enfant
Soins Prodigués au Centre

- Soins et Esthétique Dentaire
- Orthodontie Invisalign
- Blanchiment

- Prothèse
- Parodontie
- Implantologie

Casablanca, le 14/09/2023

Contre rendu

Cher confrère

Nous avons reçu le patient AJAL OTHMANE pour une
mise en état de la cavité buccale :

Il a pu bénéficier des actes suivants afin d'enlever tout
foyer infectieux :

Détartrage et Curtage de la gencive

Extraction : 18

Extraction : $\sqrt{13}$

Extraction : $\sqrt{23}$

Extraction : $\sqrt{24}$

Extraction : $\sqrt{35}$

Extraction : 37

Extraction : $\sqrt{45}$

Dr. Mohammed Kamal ABBASSI
ORTHODONTISTE
Spécialiste en orthopédie Dento-Faciale
(Enfant & Adulte)
76, Bd Abdelmoumen - Résidence la Koutoubia App. 54
Tél: 0522 99 33 94 - 0522 99 48 07
Gsm: 06 63 05 23 09 Casablanca



مصحة "كاليفورنيا" الدار البيضاء - Clinique "Californie"

Urgences Médico-Chirurgicales 24h / 24h

مستعجلات 24\24 ساعة

25/08/2023

Cher confrère

Je vous adresse Mr AJAL OTMANE, âgé de 75 ans Diabétique, Coronarien, allergique et qui est prévu pour un remplacement valvulaire aortique, pour son intervention a réaliser sous le plus bref délai

Cordialement

Docteur A. AMINE
Anesthésie-Réanimation

545, شارع المنظر العام - كاليفورنيا - الدار البيضاء

545, Boulevard Panoramique - Californie - Casablanca

الفاكس : 0522 50 76 98 - الهاتف : 0522 52 55 55 / 0522 50 80 80

الموقع الإلكتروني : www.cliniquecalifornie.net - Site web : www.cliniquecalifornie.net - العنوان الإلكتروني : cliniquecalifornie@gmail.com - E-mail :

Centre dentaire Abbassi Med Kamal

Dr. Med Kamal ABBASSI Chirurgien Dentiste
Spécialiste En Orthodontie Adulte et Enfant
Soins Prodigués au Centre

- Soins et Esthétique Dentaire
- Orthodontie Invisalign
- Blanchiment

- Prothèse
- Parodontie
- Implantologie

Casablanca, le 01/09/2023.....

AJAL OTMANE

FACTURE DE SOINS DENTAIRES

Facture N°000480/2023

18 Extraction D10 : 500.00dh

√13 extraction D10 : 500.00dh

√23 extraction D10 : 500.00dh

√24 extraction D10 : 500.00dh

Total : 2000.00dh

Deux Mille dirhams

Dr. Mohammed Kamal ABBASSI
Spécialiste En Orthodontie Dentofaciale
(Enfant & Adulte)
16, Bd Abdelmoumen Rés. la Koutoubia App. 54
Tél: 05 22 99 33 94 05 22 99 48 07
Gsm: 06 63 05 23 09 Casablanca