

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)
16/07/26

Matricule : 9072 Société :

Actif Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 0666255805

Total des frais engagés

Dhs

Dr. Nour Eddine Douchbouche

Chirurgien dentiste - Spécialiste en Orthodontie

Spécialiste en Implantologie

67 Bd Oued Eddahab - Jamila 5 C.D.N. 2

Casablanca - Tél: 05 22 57 17 02

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : KARIM DOUANIA Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Devis pour prise en charge

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le 25/07/2023

Karim Douania

Debt pour RDC

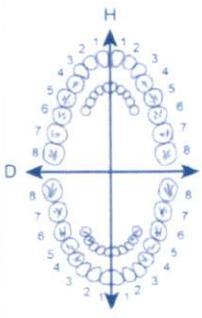
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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'O.D.F.

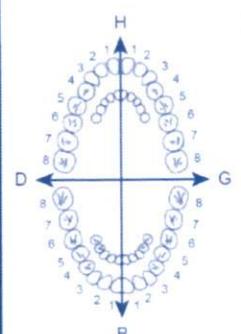
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 094015237
-----------------	----------------	------------------	-------------	-----------------

	<i>Debouchy</i>	<i>D20 : 600-</i>	COEFFICIENT DES TRAVAUX	<i>D 170</i>
	<i>35,36 offx2</i>	<i>D20 : 1200-</i>	MONTANTS DES SOINS	<i>6600-</i>
	<i>37,45 offx2</i>	<i>D20 : 1200-</i>	DEBUT D'EXECUTION	
	<i>46,47 offx2</i>	<i>D20 : 1200-</i>		
	<i>26,27 offx2</i>	<i>D20 : 1200-</i>	FIN D'EXECUTION	
	<i>16,17 offx2</i>	<i>D20 : 1200-</i>		

O.D.F PROTHESSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

ODF 1°

dent Dr Dgo :

4000,00 D

Dr. Nour-Eddine Bouchbouche

Chirurgien dentiste - Spécialiste en Orthodontie

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVISE

Spécialiste en Implantologie

67 Bd Oued Eddhab - 10005 C.D.N° 2

Casablanca Tel: 0522571702

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

4000,00 D

25/07/23

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

- 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



Déclaration de Maladie

N° W21-817645

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 9072 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DINOUR EDDINE BOUCHBOUCHE
Chirurgien Dentiste Spécialiste En Orthodontie
Spécialiste En Implantologie
67, bd Oued Eddahab Jamila 5 C.D N°2
Casablanca - Tél: 05 22 57 17 42

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age:

Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 07/10/2023.

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-817645

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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.

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 : 094015237

36 37	Def	D20	600-	COEFFICIENT DES TRAVAUX
36 37	Obx2	D30	1200-	MONTANTS DES SOINS
35 45	Obx2	D30	1200-	DEVIS D'EXECUTION
46 47	Obx2	D30	1200-	07/10/23
26 27	Obx2	D30	1200-	FIN D'EXECUTION
16 17	Obx2	D30	1200-	07/10/23

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
H	25533412	21433552		COEFFICIENT DES TRAVAUX
D	00000000	00000000		
B	35533411	11433553		
G				

ODF [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	4000-
ODF 9 = 4000	
D90 : 4000	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DI NOUR EDHINE BOUCHBOUCHE
Chirurgien Dentiste Implantologue
Spécialiste En Implantologie
67,bd Oued Eddahab Jamila 5 C.D N°2
Casablanca - Tel: 05 22 57 17 11

**FACTURE**Nom et Prénom : KARIM DOUNIA Casablanca le : 07/10/23**Actes réalisés :**

- détartrage
- opr. 26. 27. 16 12. 35 36 37
45. 46. 47
- opr 7 = accès

Montant global des honoraires : 10600,00 DhsDix mille six cent DH

DR NOUR - EDDINE BOUCHBOUCHE
 Chirurgien Dentiste Spécialisé En Orthodontie
 Spécialisé En Implantologie
 67, bd Oued Eddahab Jamila 5 C.D N°2
 Casablanca - Tél: 05 22 57 17 02

Téléphone : 05 22 57 17 02 / 06 10 84 72 02**67 , Bd Oued Eddahab N2 , Jamila 5 - Cité Djemaà , Casablanca****شارع واد الذهب رقم 2، جميلة 5 - قرية الجماعة ، الدار البيضاء****IF : 49664155 ICE : 001974231000076 INP : 094015237 PATENTE : 37427680**