

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 canaux, 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 canaux.

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.

N° W21-803059

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **9305** Société : **RAM**

Matricule : **9305**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : **NP**

Nom & Prénom : **NOURAZIZ Naïma**


Date de naissance : **16-06-1952**

Adresse : **Habituelle**

Tél. : **0660366454** Total des frais engagés : **3056,60**

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : **28/11/2023**

Nom et prénom du malade : **NOURAZIZ Naïma** Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

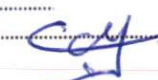
Nature de la maladie : **soins dentaires**

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : 

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-803059

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

Matricule : **9305**

Nom de l'adhérent(e) : **NOURAZIZ Naïma**

Total des frais engagés : **3056,60**

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie MERCURE 2, Rue Al Woroud - Casablanca Tél : 0255 27 46 26	28/12/23	Suchow 1x 23,14 Fesher 2x 45,12 Idex 1x 27,16 Total 95,42

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 094101045												
	4 2	Extractoi	D10	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text" value="D60"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="2800,00"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text" value="28/11/23"/> FIN D'EXECUTION <input type="text" value="28/11/23"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												
	3 1	Extractoi	D10													
	[42-31]	PPA	D10													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Dr. Younes BENNANI
Chirurgien Dentiste Spécialiste
Parodontologie - Implantologie
234, Rue Al Woroud - Casablanca
Appt. 9 - Casablanca
Tél: 05 22 36 37 2707

DR. YOUNES BENNANI

DOCTORAT D'ÉTAT EN MÉDECINE DENTAIRE

DIPLOME UNIVERSITAIRE EN IMPLANTOLOGIE ORALE

DIPLOME UNIVERSITAIRE EN ESTHÉTIQUE DU SOURIRE

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG - FRANCE



DENTAL BEAUTY CARE

دكتور يونس بناني

دكتوراه دولة في طب الأسنان

شهادة جامعية في زرع الأسنان

شهادة جامعية في تحميل الإبتسامة

جامعية ستراسبورغ بفرنسا

CASABLANCA, LE 28/11/2023 الدار البيضاء، في

NOURAZIZ Naima

93,00

- SOCLAV 1g Sachets

1 Sx2/j pendant 7jours.



40,00

- ISOLONE 20mg Comprimés

3 Cp en une seule prise le matin pendant 4 jours

123,60

- INEXIUM 40mg Comprimés

1 Cp à jeun pendant 7 jours.



256,60

Pharmacie MERCURE
2, Rue Al Woroud - Casablanca
Tél : 0255 27 46 26

INPE
02042365

Dr. Younes BENNANI
Chirurgien Dentiste Spécialiste
Parodontie - Implantologie
231, Bd. B. Anzarane Etag. 3
Tél: 05 22 36 37 27177 - Fax: 06 22 36 52 25

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubier benou el anouam roches
noires casablanca
INEXIUM

Cp GR

40 mg

Boîte 14

EXP. MAR-26
LOT ZPUB
FAB. APR-23

Isolone

Prednisolone

20 mg

20 Comprimés
effervescents

Voie orale



DURÉE ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
MATIN MIDI SOIR AVANT APRÈS

سوثيما
sothema

40,00



Amoxicilline/Acide clavulanique : 8/1

Soclav

1 g/125 mg

12 Sachets

Poudre pour suspension buvable

Voie orale

Adultes

DURÉE ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
MATIN MIDI SOIR AVANT APRÈS

93,00



DENTAL BEAUTY CARE

Casablanca le 28/11/2023

FACTURE:

La réhabilitation dentaire de Mme NOURAZIZ NAIMA nécessite :

Extraction de la 42 :	800.00dhs
Extraction de la 31 :	800.00dhs
Prothèse partiel amovible :	1200.00dhs

TOTAL:2800.00dhs

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE DEUX
MILLE HUIT CENT DHS

Dr. Younes BENNANI
Chirurgien Dentiste Spécialiste
Parodontologie - Implantologie
231, Bd. Bir Anzarane Etg. 3
Appt. 10 - Casablanca
Tél: 05 22 36 37 21 Fax: 06 22 36 52 25