

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-803059

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 2305

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

MOURAZIZ Naima

RAMI

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 :

Dr. Younes BENNANI
Chirurgien Dentiste Spécialiste
Parodontie ~~que~~ Endodontie
231, Bd. Bir Anzarane Eig. 3
Appt. 9 - Casablanca
Tél: 05 22 36 37 27/77-Fax: 06 22 36 37 27

Date de consultation :

28/11/2023

Nom et prénom du malade :

MOURAZIZ Naima

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie :

~~saint~~ MUPRAS

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

27 DEC 2023

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'at~~ti~~ 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) :

Coff

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-803059

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

MUPRAS 23056,60
27 DEC 2023
Matricule :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :

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
.....	INP : <input type="text"/>
.....	
.....	
.....	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
S. Pharmacie MERCURE 2, Rue Al Woroud - Casablanca Tél : 0255 27 46 26	28/12/2012	Sachet 1 : 97,00 Sachet 2 : 40,00 Total : 137,00

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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
		A M	P C	I M	I V	
	
	
	
	
	

VOLET ADHERENT

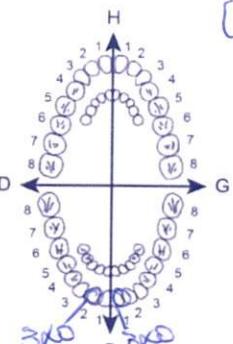
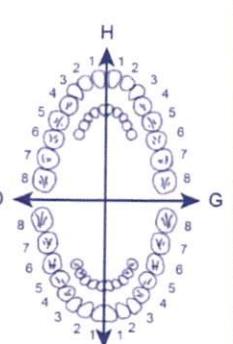
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

...LEVE 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 d'explorations.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 10941011045
	4 2 3 1 [42-31 PPA]	Extraction Extraction D10 D10 D40		Coefficient des travaux <u>D 60</u>
				MONTANTS DES SOINS <u>2800,-</u>
				DEBUT D'EXECUTION <u>28/11/23</u>
				FIN D'EXECUTION <u>28/11/23</u>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 B 00000000 11433553		Coefficient des travaux <u></u>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <u></u>
				DATE DU DEVIS <u></u>
				DATE DE L'EXECUTION <u></u>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

L'EXECUTION

DR. YOUNES BENNANI

DOCTORAT D'ETAT EN MÉDECINE DENTAIRE

DIPLÔME UNIVERSITAIRE EN IMPLANTOLOGIE ORALE

DIPLÔME UNIVERSITAIRE EN ESTHÉTIQUE DU SOURIRE

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG - FRANCE



DENTAL BEAUTY CARE

« كتور يونس بناني »

دكتوراه دولية في طب الأسنان

شهادة جامعية في زرع الأسنان

شهادة جامعية في تجميل الإبتسامة

جامعية ستراسبورغ بفرنسا

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

93,00

NOURAZIZ Naima

- SOCLEAV 1g Sachets

1 Sx2/j pendant 7jours.



40,00

- ISOLONE 20mg Comprimés

3 Cp en une seule prise le matin pendant 4 jours



1E-3,60

- INEXIUM 40mg Comprimés

1 Cp à jeun pendant 7 jours.



256,60

Dr. Younes BENNANI
Chirurgien Dentiste Spécialiste
Parodontie - Implantologie
231, Bd Bir Anzarane Elg. 3
Appt. 9 - Casablanca
Tel: 06 22 36 37 27/77 - Fax: 06 22 36 52 25

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

INPE
02042365

231, BOULEVARD BIR ANZARANE, 3^{EME} ÉTAGE - CASABLANCA
TÉL : +212 522.36.37.27/77 - FAX : +212 522.36.52.25 - E-MAIL : Y.BENNANI@DENTALBC.MA

Soclav®

Amoxicilline/Acide clavulaniq : 8/1



1 g/125 mg

12 Sachets

Poudre pour suspension buvable

Vie orale

Adultes



DURÉE MATIN MIDI SOIR AVANT APRÈS



Sotethema

Isolone
Prednisolone

20 mg

20 Comprimés effervescents

Voie orale



DURÉE

MATIN

MIDI

SOIR

AVANT

APRÈS



O STYLÉMATIC 22 mg comprimé嚼able à sucer par 2

EXP. MAR-26
LOT 1. ZPU 8 APR-23
FAB. ZPU 8 APR-23
STYLÉMATIC

Boîte 14
CPR 40 mg

CPR

Boîte 14

Boîte 14

40,00

93,00



DENTAL BEAUTY CARE

Casablanca le 28/11/2023

FACTURE:

La réhabilitation dentaire de Mme NOURAZIZ NA!MA 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
Parodontiste - Implantologie
231 Bd. Bir Anzarane Etg. 3
Appart. 9 Casablanca
Tél: 05 22 36 37 21 Fax: 06 22 35 52 25