

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angie Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier d'El Ghazal - Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-828621

199629

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9019 Société : RAN
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : KADIRI OTTANE ABDERRAHMANE
 Date de naissance : AGENCE RAN Tanger
 Adresse :
 Tél : 0668197795 Total des frais engagés : 2200 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : /
 Nom et prénom du malade : Labirny Faiza 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'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 : Tanger R Le : 24/11/2023
 Signature de l'adhérent(e) :

28 DEC. 2023

ACCUEIL

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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 AYMANE
AGUEDACH KAMAL
Quartier Val Fleuri 3 Bis, Rue Henri
Murger, Résidence Talbi III, Casablanca
Tél/Fax: 0522 80 80 21

08/11/23

94,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Medidental CLINIC Dr. Ahariz Mohamed DDS - PhD Implantologie - Parodontologie 26, Rue Ibn Zaidoun - Tanger Tél: 05 39 95 20 20 - 05 50 08 08 28	21/11/23	T159 (D6)	100,00 DHS
	21/11/23	T159 (D6)	100,00 DHS

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 :

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

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

INP : 1641185514

1 5

Endo prémolaire

D705 (D45)

15

composite 3 faces

D702 (D45)

-

Csult.

Cs.

COEFFICIENT DES TRAVAUX D705 + D702 + Cs

MONTANTS DES SOINS 2000,00 DHS

DEBUT D'EXECUTION 07/11/2023

FIN D'EXECUTION 21/11/2023

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Medidental CLINIC
Dr. Ahariz Mohamed DDS - PhD
Implantologie - Parodontologie
26, Rue Ibn Zaidoun - Tanger
Tél: 05 39 95 20 20 - 05 50 08 08 28

ORDONNANCE

Tanger, le 07/11/2023

LABRINY FAIZA

• zithromax 500 mg :

1 fois/jour, pendant 3 jours ;

• Doliprane 1G :

3 fois/jour ;



UT.AV. : 0 4 2 2 4 P.P.V.

LOT N° : FY 4 3 6 9 79 70

09366030/4

Medidental CLINIC
Dr Ahariz Mohamed DDS - PhD
Implantologie - Parodontologie
26, Rue Ibn Zaidoun - Tanger
Tél: 05 39 95 20 20

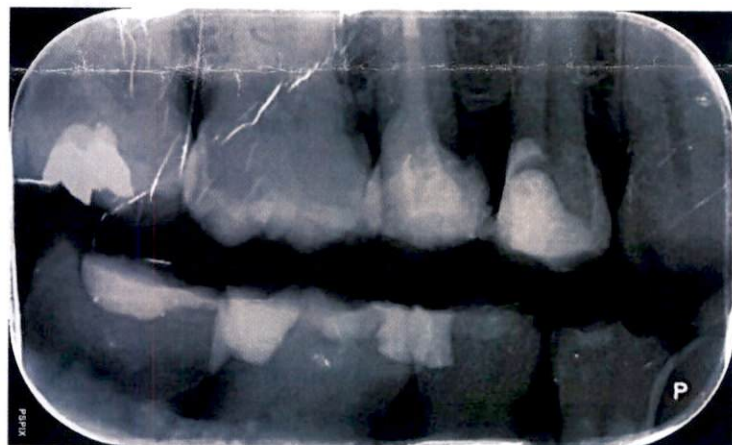
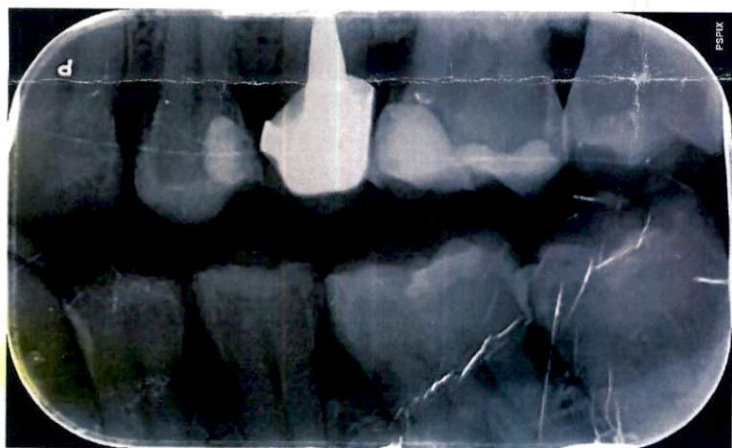
PHARMACIE AYMANE
AGUEDACH KAMAL
Quartier Val Fleuri 3810, Rue Henri
Murger, Résidence Talbi III, Casablanca
Tél/Fax: 0533 99 69 21

Doliprane 1000 mg
Paracétamol
8 comprimés effervescents sécables



09/22
100324

P.P.V. 14 DH 60
PER 09/22
LOT M3059



Avant
Endo
15



Après
Endo
15





FACTURE 2289

Tanger , le 21 novembre 2023

Patient : LABRINY FAIZA

Date de naissance : 21 février 1978

Date(s)	Libellé des actes de la nomenclature	Honoraires	Dent(s)	Montant réglé
07/11/2023	Endo prémolaire	1 000,00 DH	15	1 000,00 DH
07/11/2023	COMPOSITE 3 FACES OU PLUS	700,00 DH	15	700,00 DH
21/11/2023	CONSULTATION	300,00 DH	--	300,00 DH
21/11/2023	Radio intrabuccale	100,00 DH	--	100,00 DH
21/11/2023	Radio intrabuccale	100,00 DH	--	100,00 DH
Total du traitement		2 200,00 DH		2 200,00 DH

Signature du médecin


Dr Ahariz Mohamed DDS - PhD
Implantologie - Parodontologie
26, Rue Ibn Zaidoun - Tanger
Tél: 05 39 95 20 20 - 06 50 08 08 28

ICE:002094988000001
IF : 25278758