

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.

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° M21- 0005739

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2834 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FOUADH MOURAD

Date de naissance : 17/08/50

Adresse : LOT 71 LOTISSEMENT LA MOUNE CASA

Tél. : 06 71 83 45 15 Total des frais engagés : 10 200 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/08/2023

Nom et prénom du malade : Fouad Mourad Age :

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

Nature de la maladie : PROTHES

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 : CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) : [Signature] Le : 12/01/2023

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

Dr. DAMI Khalid

13.01

Radiologie

Imagerie Médicale

él. : 05 22 58 10 18

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

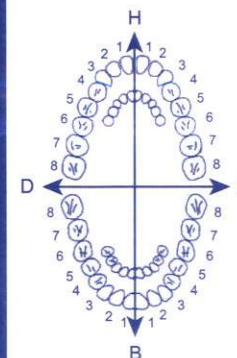
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412 21433552

00000000 00000000

D G

00000000 00000000

35533411 11433553

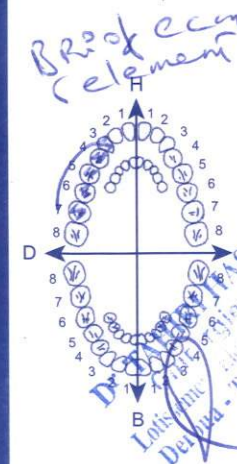
B

CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Facture N° 061/24

Nom et Prénom du médecin dentiste : Docteur TAHIRI HASSANI BADR

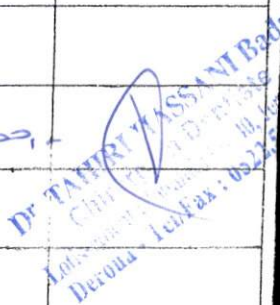
N° de INPE : 094001716

N° de ICE : 001766966000010

N° de IF : 40112310

Bénéficiaire : FOUADH MOUENI

Date : 12/02/24

الأسنان المعالجة Dents Traitées	رمز الخدمات Valeur Clé	تاريخ الخدمات Date des actes	ممثل الخدمات Lettre Clé + Cotation NGAP	قيمة العمل Valeur Clé	المبلغ الفاتورة Montant Facturé	توقيع وطابع طبيب الأسنان Signature et cachet du médecin dentaire
Orthodontie		12/02/24				
Éléments			D 900		10.000,-	
13-14-15-16-17						

Montant Global : 10.000,-

Mode De paiement

☒ Espèces

☐ Chèque

Signature et cachet.

Adresse : LOT EL WAHDA (1) N° 40 1^{er} ETAGE DEROUA

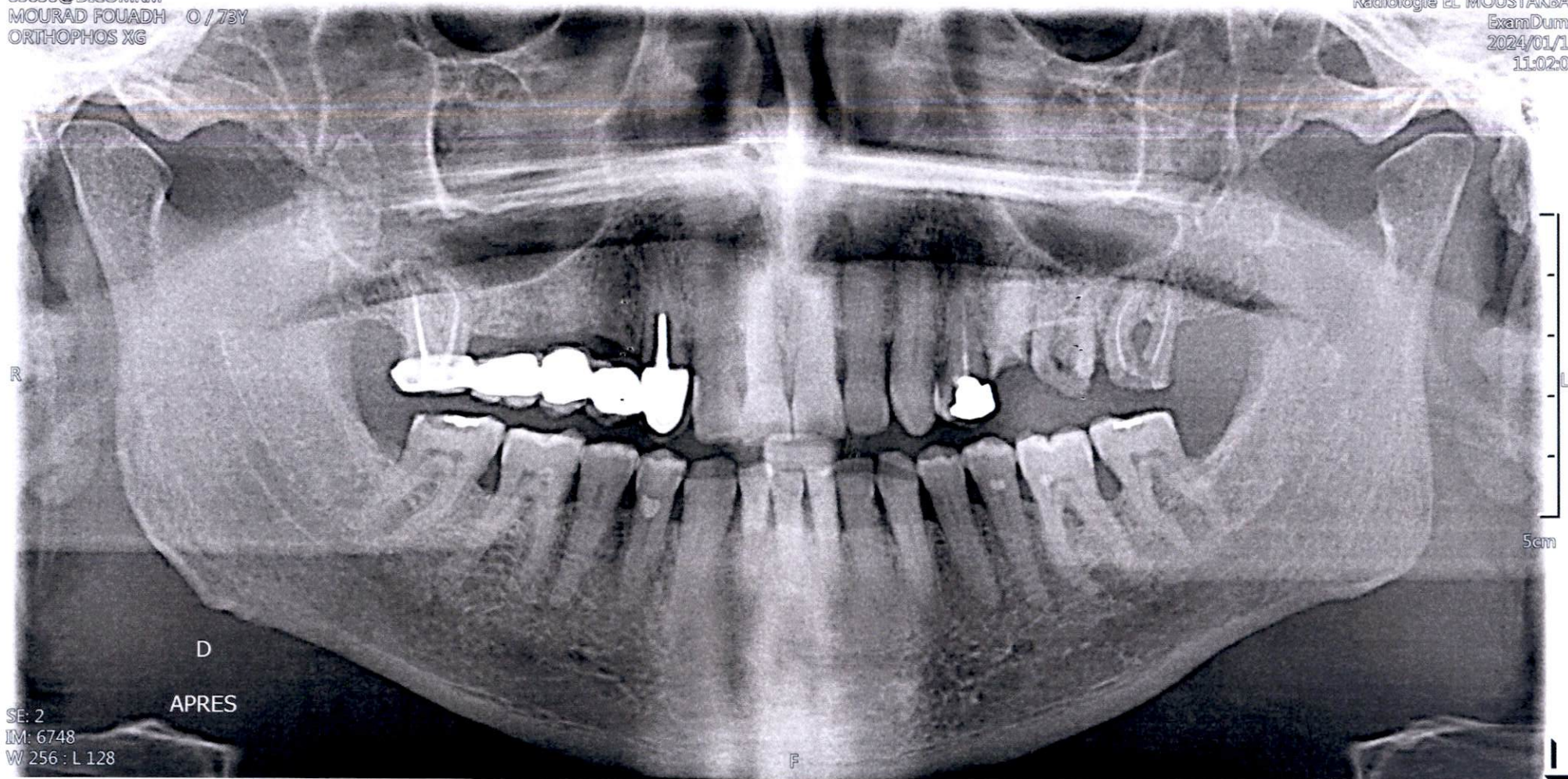
Téléphone : 05 22 53 22 32

Fax : 05 22 53 22 32

Dr TAHIRI HASSANI BADR
Chirurgien Dentiste
L'enseignant
Droua - Tél : 0522532232

83656@DICOMRM
MOURAD FOUADH O / 73Y
ORTHOPHOS XG

Radiologie EL MOUSTAKBAL
ExamDump
2024/01/13
11:02:07



SE: 2
IM: 6748
W 256 : L 128



Dr. DAMI Khalid
SPÉCIALISTE EN RADIOLOGIE



الدكتور دامي خالد
إختصاصي في الفحص بالأشعة

13/01/2024

Casablanca, le :

PATIENT : FOUADH MOURAD
MEDECIN TRAITANT : Dr TAHIRI HASSANI BADR
EXAMEN(S) REALISE(S) : RX PANORAMIQUE

Compte Rendu d'Examen

**Panoramique dentaire APRES pose du bridge 5
éléments 13/14/15/16/17**

Bridge et couronnes en place

Sinus maxillaires libres

ATM en place d'aspect normal

Merci de votre confiance.

Dr. DAMI Khalid
Spécialiste en Radiologie
Imagerie Médicale
Tél. : 05 22 58 10 16

SCANNER MULTIBARETTES 32 COUPES - RADIOLOGIE NUMERISÉE - MAMMOGRAPHIE NUMERISÉE
ECHOGRAPHIE - DOPPLER COULEUR - PANORAMIQUE DENTAIRE
TELÉRADIOGRAPHIE - IRM SUR RENDEZ-VOUS

Lotissement Belle vue, Villa 76, Près de Casa Nearshore, Boulevard Al Qods, Sidi Maârouf - Casablanca

فيلا 76، تجزئة المستقبل، قرب كازا نيرشور، شارع القدس، سيدي معروف - الدار البيضاء

Tél. : 05.22.58.10.16 - Email : khalid.dami@gmail.com

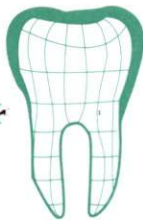
Cabinet Dentaire

Docteur Badr TAHIRI HASSANI

Doctorat en Médecine Dentaire

de la F.M.D. Casablanca

Ex-Médecin Interne au C.H.U. Ibn Rochd



عيادة طب الأسنان

الدكتور طاهري حسني بدر

خريج كلية طب الأسنان بالدار البيضاء

طبيب داخلي سابق بالمركز الاستشفائي

الجامعي ابن رشد

Le : 12 / 02 / 2024

Mr: FOUAD MOURAD

Rx. Palo Raming

Dr. DAM KHALID
Spécialiste en Radiologie
Imagerie Médicale
Tél : 05 22 58 10 16

Dr TAHIRI HASSANI Badr
Chirurgien Dentiste
Lotissement EL WAHDA I N° 40 1^{er} étage
Deroua
Tél/Max : 0522.53.22.32

تجوزة الوحدة I رقم 40 الطابق الأول دروة

Lotissement EL WAHDA I N° 40 1^{er} étage Deroua

Tél : 05 22 53 22 32 - Email : dr.tahiribadr@gmail.com

Dr. DAMI Khalid

SPÉCIALISTE EN RADIOLOGIE

الدكتور دامي خالد

إختصاصي في الفحص بالأشعة

Casablanca, le 13/01/2024

FACTURE N° 25272/2024

NOM & PRENOM : FOUADH MOURAD

EXAMEN	MONTANT
RX PANORAMIQUE	deux cents (200 DH)
TOTAL	200 DH

Arrière la présente facture à la somme de deux cents (200 DH) DHTTC

Dr. DAMI Khalid
Spécialiste en Radiologie
Imagerie Médicale
Tél. : 05 22 58 10 18

INFORMATIONS

LOT BELLE VUE N°76 BVD EL QODS SIDI MAAROUF/0522581016/EMAIL/ PATENTE : 36101452
INPE : 091036046 / ICE : 002228941000012 / CNSS : 1308103 / RC: 428949 / IF : 34422052