

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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 0053499

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0716 Société : A 97198
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Mr. BOUMECHRA Kabbour
 Date de naissance : 20 OCT 1948
 Adresse : Lot LINA, N° 207, Sidi MAAROUF
 Casablanca
 Tél. : 06.61217118 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Houda ALAMI HASSANI
 Chirurgien Dentiste
 Spécialiste en Orthopédie - Dento-Faciale
 Tél : 05 22 20 45 45 / 0522 26 10 10

Date de consultation : 17 / 10 / 2023

Nom et prénom du malade : Mr. BOUMECHRA KABBOUR Age : 75

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ 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 : Casa Le : 17 / 10 / 23

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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
	11/12/2023	52,81 €

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

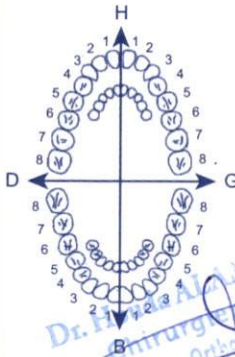
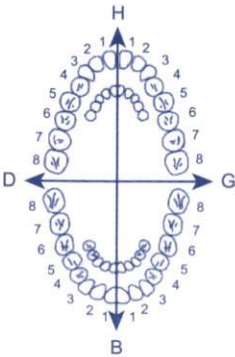
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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															
		consultation (G)		COEFFICIENT DES TRAVAUX 0														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
				DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Centre Dentaire



Docteur Houda Alami Hassani

Chirurgien Dentiste

Spécialiste en Orthopédie-dento-faciale
Implantologie Orale - Dentisterie Cosmétique

Diplômée de l'Université de Bourgogne - France

الدكتورة هدى علمي حسني

طبيبة جراحة للأسنان

اختصاصية في تقويم، زرع و تجميل الأسنان

خريجة جامعة بورغون - فرنسا

Casablanca, le

17/10/23

M^r Kabbour Boumechka.

FLUOGEL 200mg

Gel Dentaire.

Dr. Houda ALAMI HASSANI
Chirurgien Dentiste

Spécialiste en Orthopédie - Dento-Faciale
Tél: 05 22 26 66 66 / 05 22 26 10 10



176637

5

187, Bd Abdelmoumen - Casablanca 187، شارع عبد المومن، الدار البيضاء

Tél :

05 22 26 66 66

الهاتف :

05 22 26 10 10

E-mail :

alami.houda@gmail.com : البريد الإلكتروني

SELARL PHARMACIE DE PARIS
au capital social de 150000 euros
ordo@pharmaciechantilly.fr ALEGRE KARAYAN
14 rue de Paris
60500 CHANTILLY
FRANCE
Tel: 0344570450
N° SIRET : 82260695000019 - N° SIREN : 822606950
TVA Intracommunautaire : FR18822606950
RCS : 822606950 - Ville de greffe : COMPIEGNE
Code NAF/APE: 4773Z

FACTURE

N°7809/548983

Du 12/12/2023

Date de l'échéance 13/12/2023

SENHADJI MARIAM
12 a avenue de bourbon
60500 CHANTILLY
FRANCE
0647177667

Prescripteur : MEDECIN Etranger
N° AM : 601999998
Opérateur: Georges K

Désignation Code produit	Prest.	Taux Remb.	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total TTC
FLUOCARIL GEL DENT BI 2000 3400932409860 N° Ordonnancier : 526638 N° Lots : Y1990	PH4	0	5	11,420	2,10%	58,30
Honor. dispens. HDR	HDR	0	1	0,500	2,10%	0,51

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
57,60	2,1% (4)	1,21	58,81
Total HT		Total TVA	Total TTC
57,60		1,21	58,81

Part AMO	0,00
Part AMC	0,00
Part Client	58,81

Mode(s) de règlement	
Visa Mastercard	58,81

Reste dû	0,00
----------	------

Montants exprimés en Euros

Membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale, acceptant à ce titre les règlements par chèques libellés à son nom

(u) indique les quantités unitaires

(*) Les codes TVA: code 4: taux 2.1