

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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'Honneur
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

W21-838938

199071

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6704 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : AZAB KHALID
 Date de naissance : 30-08-1957
 Adresse : Résidence 091 N°22 Bouskoun
 Tél. : 0661310386 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr BENYEKHEFF Abdeslam
 Chirurgien Dentiste
 Centre d'Affaire Oushmane Angre Bd.
 Abdelmoumen et Rocher Laâjaj 2ème Etage
 Casablanca - Tél. 0522 28 63 56 / 0522 74 01 9
 Cachet du médecin :
 Date de consultation : 27/02/2024
 Nom et prénom du malade : LAZARK Rachida Age : 1962
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 Le : 27/02/2024
 Signature de l'adhérent(e) :
 Dr BENYEKHEFF Abdeslam
 Chirurgien Dentiste

[illegible][illegible][illegible][illegible]

VOLET ADHERENT

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'O.D.F.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | Montant des Honoraires | Coefficient DES TRAVAUX | |
|---|--|---------------------------|-----------------|---------------------------|---|-----------------------|
| H ↑ 1 2 3 4 5 6 7 8 ↓ 1 2 3 4 5 6 7 8 D ← → G + H endo + OBT (46). | 46 | H endo + OBT | D ₁₅ | 500,00A | D ₁₅ | |
| | | | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | | | 500,00 |
| | | | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | | | 27/02/20 |
| | | | | | | FIN D'EXECUTION |
| | | | | | | 27/02/20 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | Coefficient DES TRAVAUX | |
| H ↑ 1 2 3 4 5 6 7 8 ↓ 1 2 3 4 5 6 7 8 D ← → G B | 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B | | | | | |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | Montant des Honoraires | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. BENYekhlef Abdelham

Chirurgien Dentiste

Laureat de l'Université de Bordeaux II

الدكتور بنيخلف عبد السلام

طبيب جراح للأسنان

خريج جامعة بوردو 2

Diplôme Universitaire Orthodontie - Dijon

Diplôme Universitaire Implantologie - Bordeaux II

C.E de Parodontologie ICAR ROUEN

Membre de la Société Française des Biomateriaux et Systemes Implantables

Certificat Laser Medical - Aachen Allemagne

Certificat Lumineers Smile Design Dentisterie Esthétique

Diplôme de Chirurgie Avancée HARVARD BOUSTON USA

6 24/2/24

PPV: 20 DH 80

PER: 11/25

LOT: M4045



DOSES PRESCRITES

PPV: 118,00 DH

LOT: 653268

PER: 07/25



contre indications, expirations,
notoire: voir notice.

PPV: 40 DH 00

PER: 12/26

LOT: M4154

bottu s.a.

82, Allée des Casuarines - Ain Seïda - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

Dr BENYekhlef
Chirurgien

Centre d'Affaire Oushmane Angie Bd.
Abdelmoumen et Bachir Laâlaï 2^{ème} Etage N°8
Casablanca - Tél: 0522 98 00 50 / 0522 74 42 9

9. Résidence Oushmane Angie Bd. Abdelmoumen
et Bachir Laâlaï, 2^{ème} Etage N°8
Casablanca

05 22 98 00 90

@ cd-benyekhlef@hotmail.com

CNSS : 2351774 - IF : 52902989 - Patente : 31634427 - I.C.E : 001765280000039

Dr. BENYekhlef Abdeslam

Chirurgien Dentiste

Laureat de l'Université de Bordeaux II

الدكتور بنيخلف عبد السلام

طبيب جراح للأسنان

خريج جامعة بوردو 2

Diplôme Universitaire Orthodontie - Dijon

Diplôme Universitaire Implantologie - Bordeaux II

C.E de Parodontologie ICAR ROUEN

Membre de la Société Française des Biomateriaux et Systemes Implantables

Certificat Laser Medical - Aachen Allemagne

Certificat Lumineers Smile Design Dentisterie Esthétique

Diplôme de Chirurgie Avancée HARVARD BOUSTON USA

Le: 27/02/2024

FACTURE

LAZRAK RACHIDA

- Traitement endo sur la 46 D15..... 500,00 dh

Reçu la somme : 500,00 dh

Dr BENYekhlef Abdeslam

Chirurgien Dentiste

Centre d'Affaire Oushmane Angle Bd.

Abdelmoumen et Bachir Laälaj, 2ème Etage N°8

Casablanca - Tél: 0522 98 00 90 - 0522 98 00 90

9. Résidence Oushmane Angle Bd. Abdelmoumen
et Bachir Laälaj, 2ème Etage N°8
Casablanca

☎ 05 22 98 00 90

@ cd-benyekhlef@hotmail.com

CNSS : 2351774 - IF : 52902989 - Patente : 31634427 - I.C.E : 001765280000039