

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES AIRE POUR CTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## nditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.  
Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## ntique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## ntaire :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données 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° P19-0029811 D/REN

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5149 Société : N°D: 14083

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : YASSINE LAHOUSINE

Date de naissance :

Adresse : Hay Moulay ABDELLAH Rue: 12 n° 13 Casa

Tél. : 0666445369 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur DHABY Abdelfatah  
Chirurgien Dentiste  
202, Bd. Taza 1er Etage  
Hay Moulay Abdellah - Casah  
Tél : 022 52 32 17

Date de consultation : 12/12/2019

Nom et prénom du malade : BENSGHIR MALIKA

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

Nature de la maladie : Df

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]

Docteur DHABY Abdelfatah  
Chirurgien Dentiste  
202, Bd. Taza 1er Etage  
Hay Moulay Abdellah - Casah  
Tél : 022 52 32 17


MUPRAS  
26 DEC 2019  
ACCUEIL



# 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
	12/12/19	167,00

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

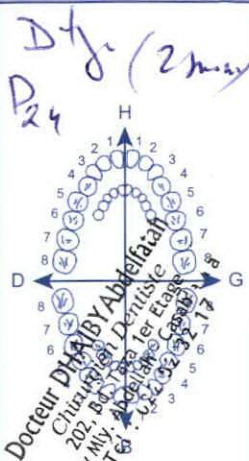
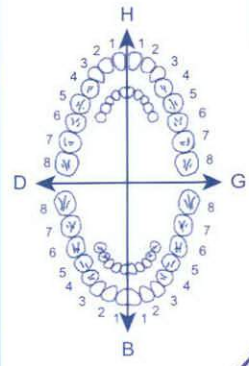
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
															
		1 <sup>er</sup> Soins	D12												
		2 <sup>nd</sup> Soins	D12												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
G	00000000	00000000													
B	35533411	11433553													
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession														

COEFFICIENT DES TRAVAUX **D24**

MONTANTS DES SOINS **500,00**

DEBUT D'EXECUTION **12.12.19**

FIN D'EXECUTION **12.12.19**

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**Docteur DHAIBY Abdellah**  
Chirurgien Dentiste  
202, Bd. Faza 1<sup>er</sup> Etage  
Hay Moulay Abdellah - Casablanca  
Tél : 0522 52 32 17



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
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
	12/12/19	167,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	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 : Veuillez 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														
		1 <sup>er</sup> sur	P <sub>12</sub>														
		2 <sup>nd</sup> sur	P <sub>12</sub>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H																	
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D	G																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION															
		COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																	

Docteur DHAIBY Abdelfatah  
Chirurgien dentiste

الدكتور ادهايبي عبد الفتاح  
طبيب جراح للاسنان

LAUREAT DE LA F.M.D. ET DU C.H.U.  
IBN ROCHD DE CASABLANCA  
Soins - Orthodontie

خريج كلية طب الاسنان و المركز  
الاستشفائي ابن رشد بالدار البيضاء  
علاج - تقويم

Casablanca, le : 12 12 15 : الدار البيضاء, في :

Mr BEN SHERAKH

PHARMACIE INES  
صيدلية إناس  
BENCHIKHI B.  
Dr En Pharmacie  
Hay Moulay Abdellah Rue 75 n° 40  
CASA - Tél 0522 50 24 80

PHARMACIE INES  
صيدلية إناس  
BENCHIKHI B.  
Dr En Pharmacie  
Hay Moulay Abdellah Rue 75 n° 40  
CASA - Tél 0522 60 24 80

Docteur DHAIBY Abdelfatah  
Chirurgien Dentiste  
202 Bd. de Taza 1er Etage  
Hay Moulay Abdellah - Casablanca  
Tél : 05 22 52 32 17

PER: 04 2022

LOT: 9MA086

BYRODOGYL  
CP PEL 815

P.P.V : 102DH00



sanofi aventis Maroc  
ite de Rabat - R.P.1 - Ain Sebaâ  
20250 Casablanca





Docteur DHAIBY Abdelfatah  
Chirurgien dentiste

LAUREAT DE LA F.M.D. ET DU C.H.U.  
IBN ROCHD DE CASABLANCA  
Soins - Orthodontie

الدكتور ادهايب عبد الفتاح  
طبيب جراح للأسنان

خريج كلية طب الأسنان و المركز  
الاستشفائي ابن رشد بالدار البيضاء  
علاج - تقويم

Casablanca, le : 17.12.15 : الدار البيضاء, في :

Fortuit

M<sup>me</sup> BEN SGHIA Moulana

- Dte en plus sans

Prix Cigarettes

Docteur DHAIBY Abdelfatah  
Chirurgien Dentiste  
202, Bd. Taza 1er Etage  
Hay Moulay Abdellah - Casablanca  
Tél : 05 22 52 32 17