

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.

Biologie 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

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° P19- 056245

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9933 Société : Retraite

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUYA EL HASSAN

Date de naissance : 01/01/1963

Adresse : Zoubeir Raïd LAKHN Jmn A GH2 App 3 Cmn

Tél. 0634.64.10.80 Total des frais engagés : #200,00# Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ABUELMEIR AHAM
Chirurgien Dentiste
Lot. Haj Fatah N°520 Lissasfa
Casablanca - Tél : 05 22 93 41 33

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : M. Bouya El Hassan 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 : Oujda Le : 16 / 07 / 2020

Signature de l'adhérent(e) : Bouya El Hassan



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
04/03/2020	consultation	1	200,00	Dr. ABDEL MIR ABILAM Chirurgien Dentiste Lot Haj Fattouma N° 520 Lisieux Cagadeville - Tél: 05 22 93 37 37

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
	04.07.2020	220	200,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

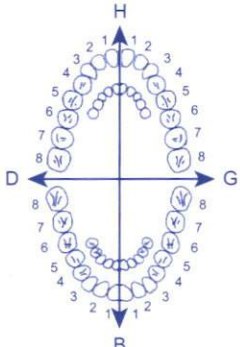
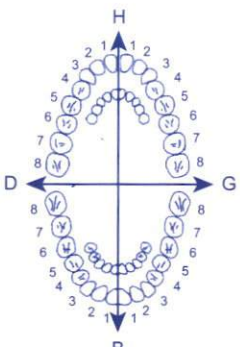
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
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 <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur ABOUELMIR Ahlam

Doctorat de la faculté de Médecine de Casablanca
Diplôme Universitaire en Implantologie
Orale et Maxillo Faciale de Toulouse III
Certificat de Chirurgie Avancée
de la Faculté de Médecine de New York
Certificat de Chirurgie Avancée et Dissection
de la Faculté de Médecine de Bordeaux

Spécialiste

Implantologie, Soins, Prothèse, Chirurgie
Orthodontie, Facettes, Invisaligne, hollywood smile



الدكتورة أبو المير أحلام

حاصلة على دكتوراه في طب الأسنان
بكلية الدار البيضاء
دبلوم جامعي في زراعة الأسنان من كلية الطب بتولوز III
شهادة الجراحة المتقدمة للأسنان
من كلية الطب بنيويورك
شهادة الجراحة المتقدمة للأسنان و التشریح
من كلية الطب ببوردو

إختصاصية

زراعة الأسنان، علاج وتقويم إعوجاج الأسنان
تبييض و تجميل الأسنان، عدسات الأسنان، ابتسامة هوليوود

Casablanca, le 04/03/2020 في الدار البيضاء، في

Dr. Bouelmir Ahlam

Radio Lomomique

Dr. ABOUELMIR Ahlam
Chirurgien Dentiste
Lot. Haj Fateh N°520 Lissasfa
Casablanca - Tél: 05 22 93 41 33

RADIOLOGIE HAY HASSANIANFA
Immeuble Communal Route
Route d'Azamour et Bd Sidi Abderrahman
Tél: 05 22 90 10 10/05 22 90 07 07 - Cas
Fax : 05 22 93 37 13

تجزئة الحاج فاتح، رقم 520، الألفة - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 93 41 33

Lotissement Haj Fateh, N° 520. El Oulfa - Casa - Tél.: 05 22 93 41 33

Gsm : 06 25 74 85 34 - Urgence : 06 48 36 03 41 - E-mail : abouelmir@hotmail.fr

f Centre Dentaire Abouelmir Ahlam @ centre.aboulmir.ahlam18 W www.centre-abouelmir.com

14/07/2020, le

PATIENT : ROUISSI MINA
MEDECIN TRAITANT : Dr ABOUELMIR AHLAM
EXAMEN(s) REALISE(s) : RX PANORAMIQUE

Cher Docteur,

Je vous remercie de nous avoir adressé votre patiente dont voici le résultat de l'examen.

Rx PANORAMIQUE DENTAIRE

Examen fourni sur film et CD-RW

- ❖ ATM normales.
- ❖ Les cuvettes maxillaires sont libres.
- ❖ Alvéolyse horizontale diffuse et prononcée.
- ❖ Clarté péri apicale de 44.

Confraternellement
DR N. FARIS
(Stamp: RADIOLOGIE HAY HASSANI ANFA, Immeuble Communal, Route d'Azemmour et Bd. Sidi Abderrahmane - Casablanca, Tél.: 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07 - Fax : 05 22 93 37 13)

Casablanca, le 14/07/2020

IF : 2221555

Facture N° 2050/07/2020

Nom patient : ROUISSI MINA

Examen(s) réalisé(s) : RX PANORAMIQUE

Date Examen(s) : 14/07/2020

Montant : 200 DH

Montant Produits : 0,00 DH

**ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
MONTANT TOTAL :
DEUX CENTS DIRHAMS**