

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° P19- 0031504 Ace

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 514 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : LYASSIMI Mohamed 159596
Date de naissance : 01/01/1945
Adresse : 10 Bd Tichka Hay Aziza I An Check
Casablanca
Tél. : 0522 42 3232 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : [Stamp: Centre Dentaire MUPRAS, 09 MAR. 2023, ACCUEIL]
Date de consultation : 8/03/2023
Nom et prénom du malade : LYASSIMI Sami Age: 24ans
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : Prothèse Dentaire
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 : 08/03/2023
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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

152,80

24/03/23

PHARMACIE ANNASSI-CASA
Docteur en Pharmacie
Ismaïl Mohamed Annassi
Rue Al Boustane km 3
Bordj 35252 Algérie
Tél: 0322 55 22 22

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

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 :

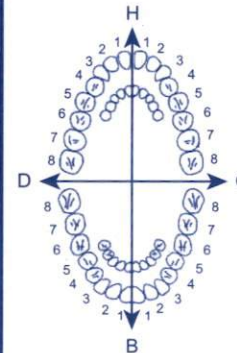
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



Le 24/03/2023

Facture pour Inlay me

+ laune céramo-céramique
Zirconium (D280)

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

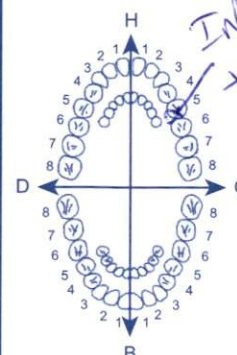
MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE



Inlay me
x 02

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

8/03/2023

Devis pour Inlay me.

+ laune céramo-céramique
Zirconium (D280)

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

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 CHIFAA

مركز طب الأسنان الشفاء

Ordonnance

Le 24/03/2023

PHARMACIE ANNAMATI CASA
Docteur en Pharmacie
Ismaïl Mohamied ARRABZI
Boulevard de la Liberté - Tél: 05 22 52 73 99
N°24 Casa - Tél: 05 22 52 73 99

Mr Ly Abi M Saad

80.00



1) Meridol (Pâte dentifrice)

17.20



En brosse. 3x/J



2) Eludril (b.b) (A diluer)

En gargarisme 3x/J après brosse.

3) clopropolis (Gel)

LOT: 347/PER: 05/2025
PPC: 55.10 DHS

3 applications sur la plaie enflammée

Bd Oum Rabii, imm 3 rue 75, 2ème étage El Oulfa - Casablanca - Maroc

+212 5 22 65 86 78 +212 6 61 54 87 82 +212 5 22 65 86 77 c.d.chifaa@gmail.com



CENTRE DENTAIRE CHIFAA

مركز طب الأسنان الشفاء

Ordonnance

Le 24/03/2023

Facture LyASSIMI Saoud

Inlay one + CCZ sur Can(25)

D 280

6000,00

Six mille six cents

Centre Dentaire Chifaa

Docteur Widad KAF

Chirurgien Dentiste

Bd. Oum Rabia Im

2ème Etage El OULFA

TEL: 0522 65 86 78 / 0522 61 54 87 82

DR kaf widad

Mr. SAAD LYASSIMI

(25)

Après

Né(e) le : 01/01/1901

Numéro INSEE :



Date du cliché : 24/03/2023

Localisation :

Commentaire :

Couronne céramo - céramique
Zircon sur la (25)

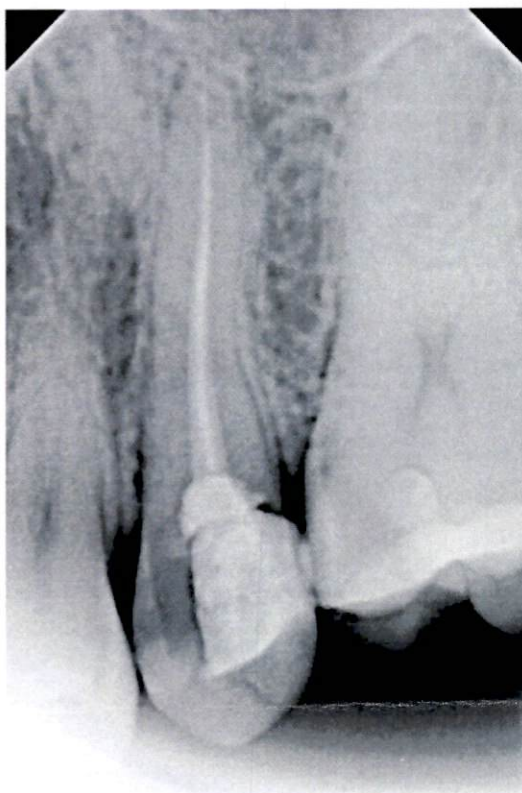
Centre Dentaire Chifaa
KAS
Lot 27/01/2023
Tch 0522 65 65 77

DR kaf widad

Mr. SAAD LYASSIMI

(25) Avant

Né(e) le : 01/01/1901
Numéro INSEE :










Date du cliché : 08/03/2023

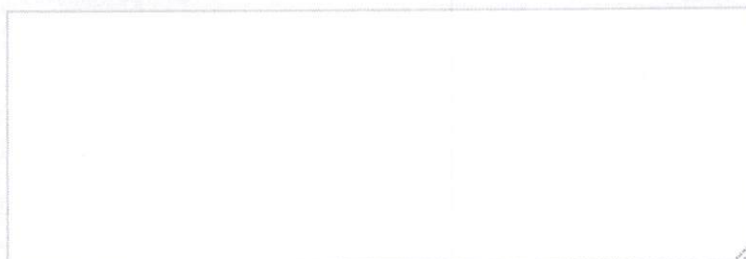
Localisation :

Commentaire :

~~Centre Dentaire Chifaa~~
~~Dr. Widad KAF~~
~~Chirurgien-Dentiste~~
~~Lot. 37 Gr. 108, 2ème Etage~~
~~Tel: 0522 65 66 77 - Fax: 0522 65 66 77~~

N° Dossier: 152596 
N° Dossier externe: ACC-00514-09/03/2023
Type de dossier: DENTAIRE 
Bénéficiaire: LYASSIMI SAAD
Situation: Notifié 
Sous-situation: --- 
Date de début: 09-03-2023 
Date de fin: 
Date de saisie: 09-03-2023
Événement: 

Commentaires pour l'édition



Ajouter

Commentaires existants [↕]

| Date | Type | Commentaire |
|------------|--------|--|
| 10-03-2023 | Manuel | ACC D220 IC+CCM 25 S/R RX APRES DR KAF WIDAD |