

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

- 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



Déclaration de Maladie

M23-006515

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1280 Société : 764962

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Chafik Naouir

Date de naissance : 21/10/1973

Adresse : 45, rue Hassan Com

Tél. : Total des frais engagés : 924,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30/05/2023

Nom et prénom du malade : CHAFIK Naouir

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Sous dentaire

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 : CM Le : 16/6/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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
30/05/23	Extraction	D ₁₀	700,00	Dr. BELKHATTAB Manar Chirurgien Dentiste Rue Attaban Rés. Leila Appt N°8 4ème étage Maarif Casablanca Tel: 0522 943 122 - Gsm: 0640 907 276

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/05/23	224,00

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 :
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													
	48	Extraction	D ₁₀	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text" value="D<sub>10</sub>"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="700,00"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text" value="30/05/23"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text" value="30/05/23"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																
25533412	21433552															
00000000	00000000															
B																
00000000	00000000															
35533411	11433553															
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION
 Dr. BELKHATTAB Manar
 Chirurgien Dentiste
 Rue Attaban Rés. Leila Appt N°8 4ème étage Maarif Casablanca
 Tel: 0522 943 122 - Gsm: 0640 907 276

Dr Manar BELKHATTAB

MOUNIRA CHAFIK

Centre Dentaire Al Manar

Dr . BELKHATTAB Manar

- Implantologie
- Parodontie
- Pédodontie

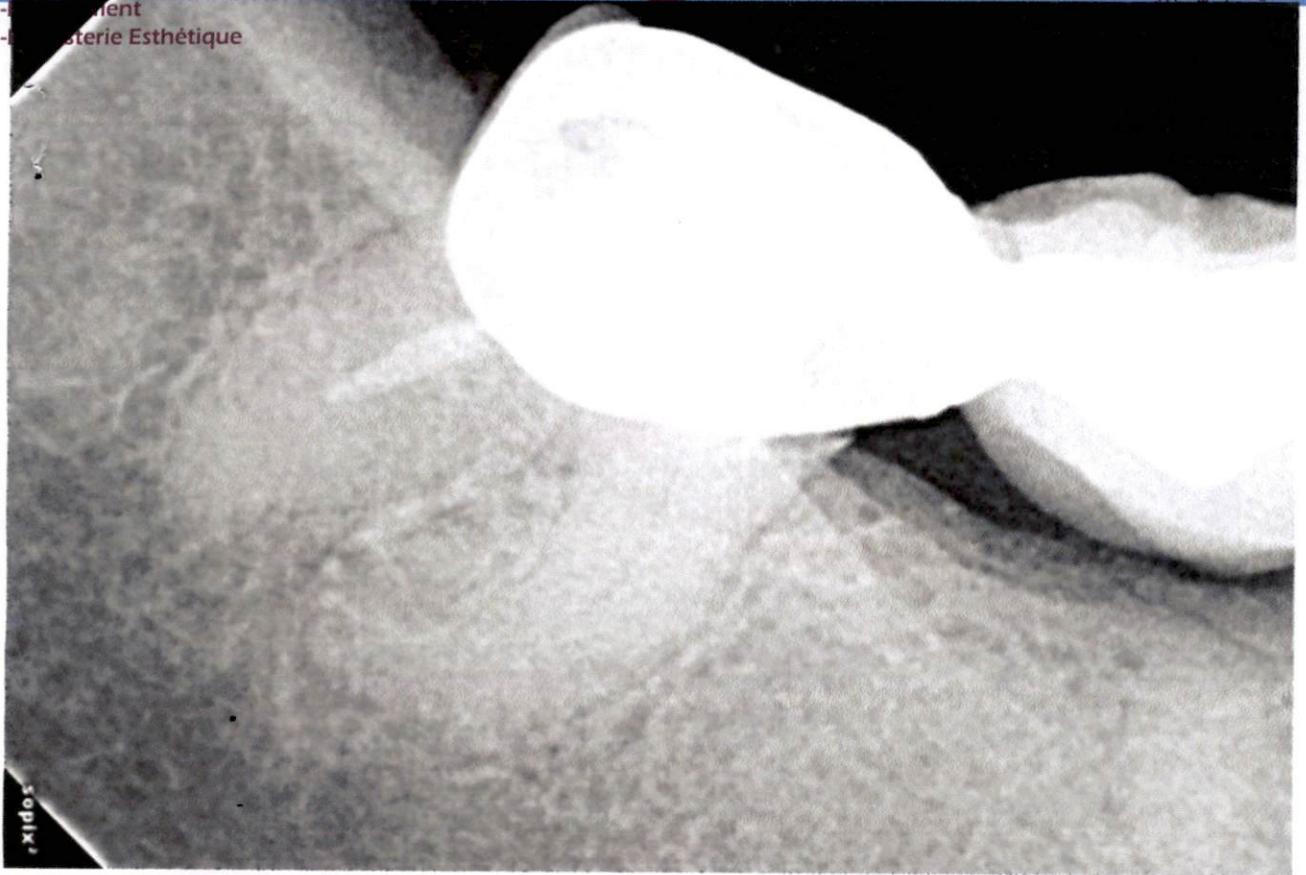
- Dent
- Cabinets Esthétique



مركز طب الأسنان المنار

د. بلخطاب منار

- زراعة الأسنان
- علاج أمراض اللثة
- طب أسنان الأطفال



Date du cliché : 30/0 /2022

Localisation : 48

Commentaire :

DR. BELKHATTAB Manar
Chirurgien Dentiste
Rue Attabari Résidence Leila Appt N°8 4ème
étage Maarif - Casablanca
Tél: 0522 943 122 - Gsm: 0640 907 276

Tél. : 05 22 94 31 22

Gsm : 06 40 90 72 76

E-mail : manarbelkhattab@gmail.com

📍 Rue Attabari Résidence Leila Appt N°8 - 4ème étage - Maarif - Casablanca

Centre Dentaire Al Manar

Dr . BELKHATTAB Manar

- Implantologie
- Parodontie
- Pédodontie
- Blanchiment
- Dentisterie Esthétique .



مركز طب الأسنان المنار

د. بلخطاب منار

- زراعة الأسنان
- علاج أمراض اللثة
- طب أسنان الأطفال
- تبييض الأسنان
- طب الأسنان التجميل

Le: 30/05/23

17^{me} CHAFIK Douira

1/ Parodogyl



Pharmacie AL MAWLID
 Angle Rue Ibnou Katir
 et Abou Hassan Saghir
 Maarif Extension Casa - Tél. 0522 23 77 06

18 3 x 1 5 pmt 85

2/ Colpred long

3 gpa 1 seul prise le matin pmt 35

3/ Dolym meun

en cas de douleur

4/ (BB)

le lendemain

Tél. : 05 22 94 31 22
 Gsm : 06 40 90 72 76
 E-mail : manarbelkhattab@gmail.com

DR. BELKHATTAB Manar
 Chirurgien Dentiste
 Rue Attabari Résidence Leila Appt N°8 - 4ème étage - Maarif - Casablanca
 Tél: 0522 943 122 - Gsm: 0640 907 276

جميع الحقوق محفوظة
© 2008

Doliprane[®]

Paracétamol

1000 mg

10 Comprimés sécables

DOULEURS & FIEVRE

PPV: I4DH00
FER: 02/26
LOT: M648



Gingival

KIN

KIN

Gingival

Encías Gengivas

Gums Gencives

22	6.25
LOT	UT.AV
<hr/>	
SOKAPHARM	P.P.C.
	68.50

Centre Dentaire Al Manar

Dr . BELKHATTAB Manar

- Implantologie
- Parodontie
- Pédodontie
- Blanchiment
- Dentisterie Esthétique



مركز طب الأسنان المنار د. بلخطاب منار

- زراعة الأسنان
- علاج أمراض اللثة
- طب أسنان الأطفال
- تبييض الأسنان
- طب الأسنان التجميل

Casablanca, le 30/05/2023

NOTE D'HONORAIRES

Patient : **Mr CHAFIK MOUNIRA (2982)**

Dent	Acte	Honoraire
48	Extraction (dent de sagesse)	700,00
TOTAL		700,00

Somme arrêtée à : sept cents dirhams

Centre Dentaire Al Manar



Patente N° : 35806862

IF : 18788353 ICE : 001668375000093

Tél. : 05 22 94 31 22

Gsm : 06 40 90 72 76

E-mail : manarbelkhattab@gmail.com