

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- 066154

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4969 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : FAHAM MOHAMED 188657
Date de naissance : 16.6.1965
Adresse : Habituelle
Tél. : 0666046689 Total des frais engagés : 773,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Soukaina ZAHNI
Chirurgien Dentiste
Bd. Nil Bloc 37, N°44, 1^{er} Etage
Sidi Othmane - Casablanca
Tél 0522 37 98 48

Date de consultation : 24/11/2023

Nom et prénom du malade : FAHAM SAAD Age: 23ans

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

Nature de la maladie : Sous Douail

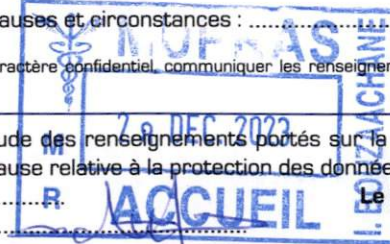
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 25/11/2023


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
	24/11/2013	273,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

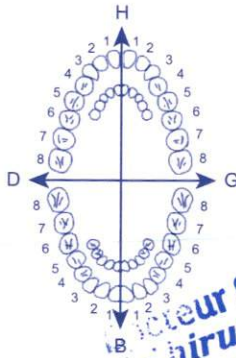
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient DES TRAVAUX	MONTANTS DES SOINS	DEBUT D'EXECUTION	FIN D'EXECUTION
	Youte	Detartrage	2x2	2x2	5000		24/11/2013

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	Coefficient DES TRAVAUX														
	<table><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>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<div></div>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
	(Création, remont, adjonction)	MONTANTS DES SOINS														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															

DATE DU DEVIS	DATE DE L'EXECUTION

Docteur Soukaina ZAHNI

Docteur Soukaina ZAHNI
Chirurgien Dentiste
Bd. Nil Bloc 37, N°44, 1^{er} Etage
Sidi Othmane - Casablanca
Tél : 0522 37 98 18

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Soukaina ZAHNI

Chirurgien dentiste

Diplômée de la faculté de médecine

dentaire et du centre hospitalier

Ibn Rochd - Casablanca



الدكتورة سوكينة الزهني

طبيبة جراحة الأسنان

خريجة كلية طب الأسنان

بالمركز الإستشفائي الجامعي

إبن رشد - الدار البيضاء

Casablanca le : 24/11/2023

75,50

Mr FAHAM SAAD

1/ BI-DENTOXYL

1 g 2x1



LOT : 3178A
PER : 04 - 25
P.P.V : 75 DH 50

58,40

2/ EFFIPRED (2ans)

3 g 2x1



PPV 58DH40
EXP 01/2025
LOT 1N060 9

140,00

3/ Odes (2ans)

1 g 2x1



LOT: 211540
PER: 05-2024
PPV: 140,00DH

4/ kin (BB)

En Single Sacet d'1/2 g 2x1

273,90

Docteur Soukaina ZAHNI
Chirurgien Dentiste
Bd du NIL, Bloc 37, N°44, 1er Etage
Sidi Ouhmane - Casablanca - Tél: 0522 37 98 18

Bd du NIL, Bloc 37 N°44 1er Etage Sidi Ouhmane - Casablanca - Tél: 0522 37 98 18

شارع النيل، بلوك 37 رقم 44، الطابق الأول سيدي عثمان الدار البيضاء - الهاتف - 0522 37 98 18

Docteur Soukaina ZAHNI

Chirurgien Dentiste

IF : 40112590

Patente : 372 26 686

Tél : 05.22.37.98.18

ICE : 001688370000033

Casablanca : 24/11/2023

Facture N° : 00419/2023

Patient(e) :

FAHAM Saad

Acte	Dents	Cotation	Montant à payer
Détartrage	Toutes les dents	D ₁₂ *2(2séances)	500.00
TOTAL à PAYER			500.00

Arrêté la présente facture à la somme de : Cinq Cent Dirhams.

Docteur Soukaina ZAHNI
Chirurgien Dentiste
Bd. Nil Bloc 37, N° 44, 1^{er} Etage
Sidi Othmane - Casablanca
Tél : 0522 37 98 18

Bd, Nil, Bloc 37, N° 44, 1^{er} Etage Sidi Othmane – Casablanca- Tél : 05.22.37.98.18