

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie : N° S19- 0009751

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07249 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BEN LAHOUAR Smail Date de naissance : 31/10/1965
Adresse : 60 RES. HOUDIA N°17 Rue ZANPAKHI BOU EL KACEM Q. HADJUT
Tél : 066171087 Total des frais engagés : H 568,20# Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. HOUSSAM-EDDINE Hassan
CHIRURGIEN DENTISTE
5, Bd. Oued Zem Hay Jawadi
Casa - INP: 094015385
ICE: 001652192000049

Date de consultation : 12/01/2024

Nom et prénom du malade : BEN LAHOUAR SMAIL Age :

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

Nature de la maladie :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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

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
12/01/2024	118,20	Pharmacie Charles Nicolle HEDY - TAK 19, Bd. Oued Zem Hay Jawad Casa - INP: 094015385 Tel.: 05 22 47 56 44 / 05 22 20 20 41

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	

ET HONORAIRES

Le praticien est prié d'indiquer la nature des soins pratiqués 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.

Dr. HOUSSAM EDDINE Hassan
CHIRURGIEN DENTISTE
5, Bd. Oued Zem Hay Jawad
Casa - INP: 094015385
ICE: 001652192000049

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

Ex DAO

EX

DAO

COEFFICIENT DES TRAVAUX

DAO

MONTANTS DES SOINS

400,0000

DEBUT D'EXECUTION

12/01/24

FIN D'EXECUTION

12/01/24

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412 21433552

00000000 00000000

D

00000000 00000000

35533411 11433553

G

B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. HOUSSAM - EDDINE Hassan
CHIRURGIEN DENTISTE

الدكتور حسام الدين حسن
طبيب جراحى للأسنان

5, Angle Bd. Oued Zem et Bd. 6 Nov. 75
Hay Jawadi ch. - Cité Djemâa
Tél.: 05.22.38.46.95 - CASABLANCA
Patente : 37262025
INP : 094015385

5 زاوية شارع وادي زم و6 نونبر 75
حي جوادى - قرية الجماعة الدار البيضاء
الهاتف : 05.22.38.46.95
C.N.S.S : 2600581
ICE : 001652192000049

Casablanca, le : 12/01/2021 في الدار البيضاء

Facture N° 16

Nom du patient : BEN LAHOUAR SMAÏL

Je sous signe de :

certifier avoir reçu ce joint à la somme

de : 400,00 dh

quatre cent dix

Concernant

1- Soins dentaires : en 18 D10

2- Prothèses dentaires :

le patient : BEN LAHOUAR SMAÏL

Dr. HOUSSAM-EDDINE Hassan
CHIRURGIEN DENTISTE
5, Bd. Oued Zem Hay Jawadi
Casa - INP: 094015385

Dr. HOUSSAM - EDDINE Hassan
MEDECIN DENTISTE

5, Angle Bd. Oued Zem et Bd. 6 Nov. 75
Hay Jawadi ch.- Cité Djemaâ
Tél: 05.22.38.46.95.- CASABLANCA

الدكتور حسام الدين حسن
طبيب جراحي للأسنان

5 زاوية شارع وادي زم و 6 نونبر 75
حي جوادي - قرية الجماعة
الهاتف : 05.22.38.46.95 - الدار البيضاء

Casablanca, le 12 JAN 2024 في الدار البيضاء

M BENLAHOUCHE SMAIL

168,20

1) AUGMENTIN 1g sachet xi

INPE:092018530



sd 8j

Pharmacie Charles Nicolle
HEDYA TAK TAK
19, Place Charles Nicolle
Casablanca
Tél.: 05 22 47 50 44 / 05 22 20 20 41

Dr. HOUSSAM-EDDINE Hassan
CHIRURGIEN DENTISTE
5, Bd. Oued Zem Hay Jawadi
Casa INP: 094015385

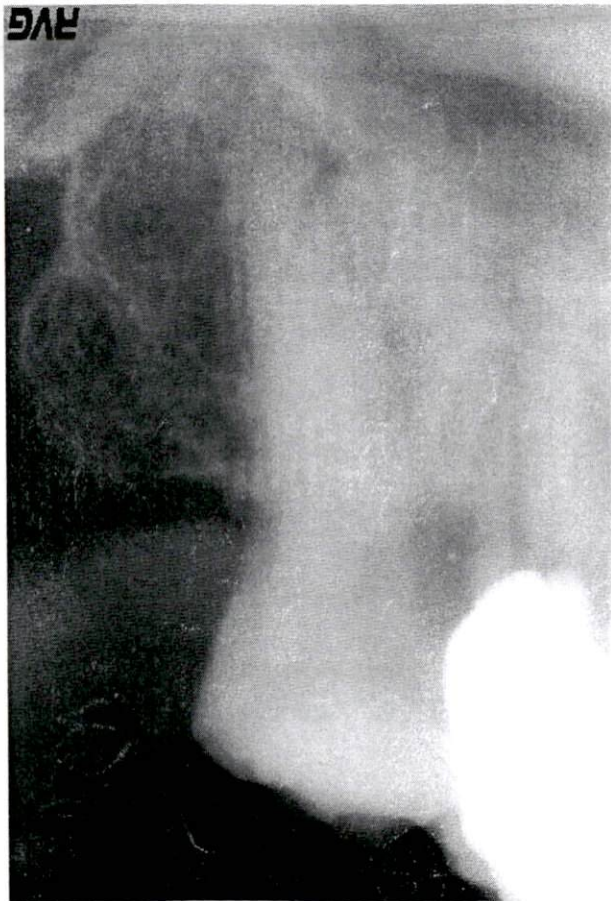
2) EXACYL 500 mg 40 3X
en cas d'hémorragie.

Pharmacie Charles Nicolle
HEDYA TAK TAK
19, Place Charles Nicolle
Casablanca
Tél.: 05 22 47 50 44 / 05 22 20 20 41

user

BENLAHOUAR SMAIL 12/01/2024 12:27:37# 18

DAL



Lin

KODAK Dental Imaging Software V6, 12, 32, 0

M
Dr. HOUSSAM-EDDINE Hassan
CHIRURGIEN DENTISTE
5, Bd. Oued Zem Hay Jawadi
Casa - INP: 094015385