

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

M23-0019318

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10319 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : HANDI SANIRIA
 Date de naissance : 19/07/3
 Adresse :
 Tél. : 05 22 49 954 6 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/01/24
 Nom et prénom du malade : HANDI Samir Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 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 : Casa Le : 18/01/2024
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-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

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

06.07.24 216 panoramique 150 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

PROFESSEUR RAÏF Mohamed
Chirurgien-Dentiste
Al Miraj 3307 - 3ème étage N°41
Tél: 06 22 80 53 86 / 83

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

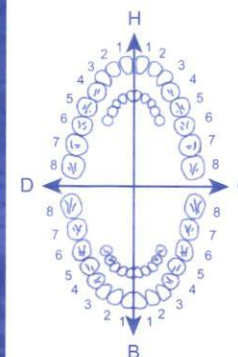
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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



Consultation CS
R6 G 226

Coefficient DES TRAVAUX

1,226

MONTANTS DES SOINS

350,00

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

06.07.24

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D G
00000000 00000000
35533411 11433553
B

[Création, remont, adjonction]

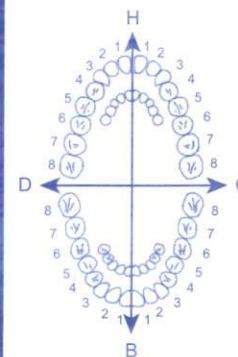
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

DR. BENFEDDOUL Samir
Chirurgien-Dentiste
127, Avenue de la Liberté
Tél: 06 22 80 53 86 / 83
Email: benfeddoulsamir@gmail.com
Casablanca

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

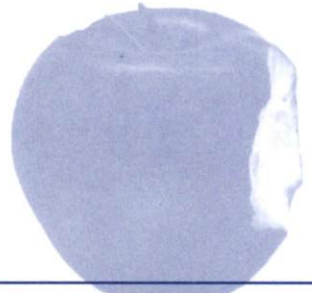
Casablanca, le 22-01-2014 في الدار البيضاء

WANI Samir

radio panoramique de la

Dr. BENFEDDOUL Samir
171, Avenue Mers Sultan 5 - Casablanca
Tél: 05 22 26 34 54 - Portable: 06 61 91 57 18
Email: wani.samir@casamail.com

PROFESSEUR BAITE Mohamed
Chirurgien Dentiste
Al Miraj Centre angle Bd. Anoual
et bd Abdelmoumen, 3ème étage N°41
Tél 0522 86 59 86 / 83



Docteur Samir BENFEDDOUL
Chirurgien-Dentiste

CASABLANCA 06-01-24

Patente 34399522
ICE 001674593000017

IF 15184259

IMP 094010915

FACTURE Repras

Patient

HANBI Sammi

à réglé la somme de

trois cent cinquante DH

Pour les soins suivants

Conseil lui

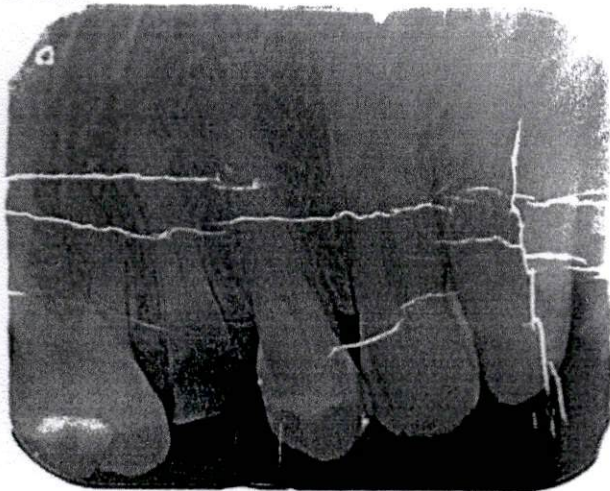
Rb 6 / 1536

Dr. BENFEDDOUL Samir

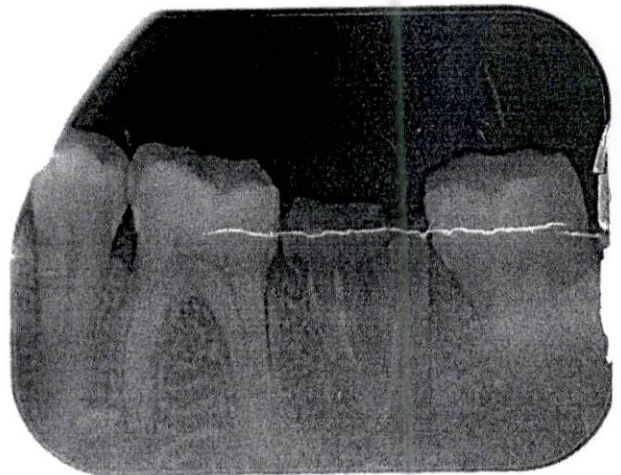
127, av. Mers Sultan 1^{er} étage N°5
Tél: 05 22 26 34 54 - 05 22 26 34 54
Email: marycabinetdentaire@gmail.com

127 Avenue Mers Sultan 1^{er} étage N°5 Tel 0522263454

15
HAMDI
SAMIRA
dr samir



36
HAMDI
SAMIRA
dr samir



Dr. BENFEDDOUL Samir
Chirurgien Dentiste
127, Av. Mers Sultan n° 5 - Casablanca
Tél: 05 22 26 34 54 Cell: 34399522
Email: merycabinetdentaire@gmail.com

Dr BAITE Mohamed
Chirurgien Dentiste
301 Angle Bd Abdelmoumen
et Bd Anoual
3ème étage n°41
20000 casablanca Maroc

Tél: 05 22 86 53 86

ICE: 001668421000015
INP: 094027547
IF: 144498

Note d'honoraire N°: 52-F-2024

Date : 06/01/2024

HAMDI SAMIRA

Nom de l'acte	Code	Lettre clé+Coeff	Date	Dent(s)	Montant
PANO	Z16	Z 16	06/01/2024	Toutes	150,00 DH
TOTAL					150,00 DH

Mode reglement :

Arrêté le montant de la facture à la somme de :

Cent cinquante MAD

Signature du praticien

PROFESSEUR BAITE Mohamed
Chirurgien Dentiste
301 Angle Bd Abdelmoumen
et Bd Anoual, 3ème étage N°41
Tél: 0522 86 59 86 / 83

Professeur BAITE Mohamed

Chirurgien dentiste

- Ancien enseignant de la faculté de médecine de Casablanca
- Docteur en Médecine dentaire
- Certificat de biophysique des radiations et imagerie médicales Paris v
- Certificat d'études supérieures de technologie des matériaux employés en art dentaire Paris VII
- Diplôme universitaire de radiologie maxillo faciale Paris X
- Certificat d'études supérieures d'orthopédie dento facial Paris VII
- Diplôme d'implantologie oral DGZI GBOI German Board of oral implantologie Jordanie
- INPE:09.402.75.47/ ICE : 001668421000015/N° Patente : 36362364/IF :144498/n° CNSS:4157378

Casablanca le 06/01/2024

COMPTE RENDU DE LA RADIO PANORAMIQUE

HAMDI SAMIRA

- Délabrement coronaire de la 37.
- 15 à l'état de racine.
- Absence de la 28.
- Absence de pathologie des bases osseuses.

PROFESSEUR BAITE Mohamed
Chirurgien Dentiste
Al Miraj Centre angle Bd Anoual
et Bd Abdelmoumen, 3ème étage N°41
Tel: 0522 86 59 86 / 83

AL Miraj centre 301, Angle Bd Abdelmoumen & Bd Anoual 3ème étage n°41 Casablanca

Tel: 05 22 86 59 86

Mail: centredrbaite@gmail.com