

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

entaire :

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



D n° 4659

Déclaration de Maladie : N° P19- 0017844

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1764 Société : RAN

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : RAN Abdelaziz Date de naissance : 21/9/52

Adresse : 317 Port Florida case

Tél. : 0661548936 Total des frais engagés : 501,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. AZIZ MKHANTAR
Chirurgien Dentiste
607, Boulevard Mokhtar Soussi
El Hassanial - El Alla Mohammedia
Tél : 05 23 28 70 57
GSM : 06 81 41 67 41

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30/8/2019

Nom et prénom du malade : M. Rahmi Abdelaziz Age :

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

Nature de la maladie : Carie 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 : Casa Le : 04/09/19

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL

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

30/8/19

101.60

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

A M

P C

I M

I V

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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

14

RA

17

14

RA

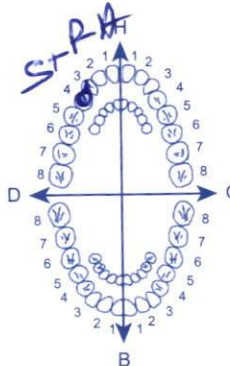
17

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION



O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G
35533411 11433553
B

(Création, remont, adjonction)

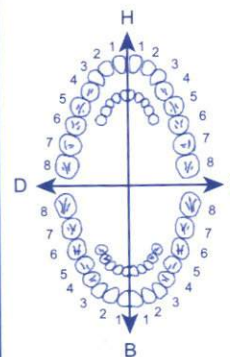
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Dr. AZIZ MOKHTAR
Chirurgien Dentiste

607, Boulevard Mokhtar Soussi

31 Hassania 1 - El Alia Mohammedia

Tel : 05 22 97 40 65

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. AZIZ MOKHTAR

Chirurgien Dentiste

607, Boulevard Mokhtar Soussi

31 Hassania 1 - El Alia Mohammedia

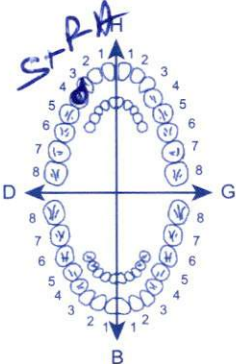
Tel : 05 22 97 40 65

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		
	14	RA	Dr	CCEFFICIENT DES TRAVAUX 12	
	14	RA	Dr		MONTANTS DES SOINS 400,-
					FIN D'EXECUTION 30/8/17

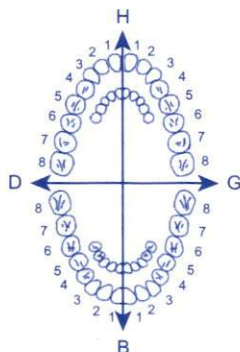
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



CCEFFICIENT
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

DR. AZIZ EL KHANTAR
Chirurgien Dentiste
607, Boulevard Mokhtar Soussi
El Hassan 1 - El Alia Mohammedia

Tel : 25 23 24 70 71
Fax : 25 23 24 70 71
E-mail : aziz.el.khantar@tunisie.com
06 81 41 67 41



55.00
PPV: 55.00 DH
LOT: 615251
PER: 02/11/20

كزينة
دكلوفناك

الدكتور عزيز لمختار

طبيب جراح للأسنان

607، شارع المختار السوسي - الحسنية 1

العالية - المحمدية

Tél : 05 23 28 70 57 - GSM : 06 61 41 67 41

30 قرصا ملبست

NCE

30/8/19

مختبرات بيوكالينيك

IK Rahim Abdelaziz

55.00
- Amoxicil 1g

1g 2x
46.60
- Xclind 12

1g 3x

- Dolye 1g

1g 3x

101.60

Pharmacie AL ABE
Dr. Sana CHRAÏBI
48, Lot Essalama
Bordj Moudjahid Casablanca
Tél : 05 22 97 40 65

Dr. AZIZ LAMKHARTAR
Chirurgien Dentiste
607, Boulevard Mokhtar Soussi
El Hassan - Casablanca
Tél : 05 23 28 70 57
GSM : 06 61 41 67 41

Dr. Aziz Mkhantar

Chirurgien Dentiste

607, Boulevard Mokhtar Soussi El Hassania 1

El Alia - Mohammedia

Tél : 05 23 28 70 57 - GSM : 06 61 41 67 41

الدكتور عزيز لمختار

طبيب جراح للأسنان

607، شارع المختار السوسي - الحسنية 1

العالية - المحمدية

Tél : 05 23 28 70 57 - GSM : 06 61 41 67 41

Pa A
ORDONNANCE

30/18/19

K. Rahmi Abdelaziz

- suis ytr 14

+ R. Alueli

*Arrêtés par le patient et
la s de q d r e et met.*

Dr. AZIZ MKHANTAR
Chirurgien Dentiste
607, Boulevard Mokhtar Soussi
El Hassania 1 - El Alia - Mohammedia
Tél : 05 23 28 70 57
GSM : 06 61 41 67 41



Date de prise du cliché : 30/08/2019

Dents :

Commentaires :