

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

## Biologie 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.

## 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.

## Dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## Déclaration de 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

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° P19-0019437

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 55 022 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre : Nenue

Nom & Prénom : YNE Deyder Kellia Date de naissance : 1937 (8ans)

Adresse : 21 Bis. Rue des Nyosatis. Beauséjour

Tél. : 06 61 23 72 03 Total des frais engagés : 1000,00 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. FOUEK Brahim  
ORTHOPONTISTE  
Télephone: 05 22 20 45 45  
Cell. : 05 22 22 78 18  
Tél: 30 66 62 - Casablanca

Date de consultation : 07/10/2019

Nom et prénom du malade : MEYDER LAKRA Age : 82

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Sains de faim

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

Signature de l'adhérent(e) : DH

Le : 07/11/19





## RELEVE 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

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>AUDIOLOGISTE BELCADIS 10 Bd Eddine Rabbani 73130 SAINT JU 2222257313052225</i>	07/08/2019	par la radio	20000

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## RELEVE 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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRE

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

### **[Création, remont, adjonction]**

The diagram shows a 10x10 grid with numbered circles (1 through 9) and arrows indicating movement paths. The grid is bounded by a thick black border. The numbers are arranged as follows:

- Row 1: 3, 2, 1, 2, 3
- Row 2: 4, 5, 6, 7, 8
- Row 3: 5, 6, 7, 8, 9
- Row 4: 4, 3, 2, 1, 2
- Row 5: 5, 6, 7, 8, 9
- Row 6: 6, 7, 8, 9, 8
- Row 7: 7, 8, 9, 8, 7
- Row 8: 8, 9, 8, 7, 6
- Row 9: 9, 8, 7, 6, 5
- Row 10: 8, 7, 6, 5, 4

Arrows indicate movement paths from one circle to another. A large arrow points from the label 'D' on the left to the center of the grid, and another arrow points from the center of the grid to the label 'G' on the right. A small arrow at the bottom points downwards.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

L'EXECUTION

SA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Fouad Braham, Orthopedic Surgeon, 38, 66, 68, Chambéry, Tel: 04 79 20 00 00

# RELEVE 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														
		CS DS Rx Panoramique.	COEFFICIENT DES TRAVAUX D 30														
	31	ENT D10	MONTANTS DES SOINS 800,-														
	37	ENT chir. D15	DEBUT D'EXECUTION 01/01/19														
			FIN D'EXECUTION 16/01/19														
O.D.F PROTHESSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1" style="width: 100px; margin: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000 00000000		35533411 11433553		B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																	
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D																	
00000000 00000000																	
35533411 11433553																	
B																	
			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. Fouad El Brahim  
ORTHOPROTHETISTE  
F'sidence: 10 Avenue  
Chandli - Ouled Aicha  
Tél: 39.00.68



# Docteur Brahim BOUBRIK

Chirurgien Dentiste Spécialiste

**Doctorat** en médecine dentaire  
**Diplôme** universitaire d'**ORTHODONTIE**  
**Diplôme** universitaire de **PARODONTOLOGIE**  
**Diplôme** d'étude supérieur de **CHIRURGIE DE LA BOUCHE**  
**Diplôme** universitaire de **PATHOLOGIE DE LA MUSQUEUSE BUCCALE**

**Certificat d'étude supérieur de chirurgie buccale**  
**Certificat d'anatomie cervico-faciale**  
**Certificat de physiologie générale**

## Ancien attaché des hôpitaux de Paris

# ORDONNANCE

Casablanca, le 07/10/19.

MEISTER LAKRIBA

Rd Panoramic

**RADIOLOGIE SOCRATE**  
**DR. BELCADI - DR BENNANI**  
Angle Bd Brahim Roudani Rue  
Nassir Eddine P&S Anfa 1 - Casablanca  
TA: 0522 25 73 12 - 0522 85 75 05

264, Résidence Jaouharat Ghandi, Angle Boulevard Ghandi et Boulevard Omar Al Khayam - Beauséjour Casablanca - Tél.: 05 22 39 66 69

# **RADIOLOGIE SOCRATE**

FACTURE N°001237 /19

Casa 07.10.19  
Nom & prénom : MEGDER LAKBIRA

Examens	Prix
Rx ; panoramique	200.00
<b>TOTAL</b>	<b>200.00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
Deux cent dirhams.

Angle Bd Brahim Roudani et Rue Nassih Eddine-Résidence ANFA1  
Casa. 0522.25.73.13-0522.25.75.05 Patente:35803986 TVA. 817743  
R.C. 79363 I.F. 01003328 CNSS:2626036 ICE : 001321320000087

*RADIOLOGIE SOCRATE*  
Dr. BELCAÏD BENNANI  
Angle Bd Brahim Roudani Rue  
Nassih Eddine Rés. Anfa 1 - Casablanca  
0522 25 73 13 - 0522 25 75 05

# CABINET DENTAIRE BOUBRIK

Casablanca, le 16 Août.

## FACTURE détaillée

**Dr Brahim BOUBRIK** Chirurgien dentiste spécialiste,

Certifie avoir reçu de : **MEGIDER. LAKTIBA RA** .

La somme de : « **cent** Dirhams »

En règlement intégrale des actes suivants :

### SOINS DENTAIRES :

- CS. Rx Panoramique. DS + 100,-
- ENT dent n° 31 D10. f 300,-
- ENT chir dent n° 37 D15 + 400,-





# الفحص بالأشعة سقراط RADIOLOGIE SOCRATE

الدكتور محمد بلقاichi العباسي  
Dr. Mohammed BELCADI ABASSI

الدكتور جمال بناني  
Dr. Jamal BENNANI

Casablanca, le : 07/10/19

NOM : MEGDER  
PRENOM : Lakhbira  
MEDECIN TRAITANT : DR. BOUBRIK B.

## Panoramique dentaire

- Chicots dentaires
- Absence de granulome apical ou de kyste radiculaire.
- Lyse osseuse de parodontite .

## CONFRATERNELLEMENT

DR. M. BELCADI

RADIOLOGIE SOCRATE  
Dr. BELCADI - DR BENNANI  
Angle Bd. Brahim Roudani Rue  
Nassih Eddine Rés Anfa 1 - Casablanca  
Tél. 0522 25 73 13 - 0522 25 75 05



**Docteur Brahim BOUBRIK**  
Chirurgien Dentiste Spécialiste

Doctorat en médecine dentaire  
Diplôme universitaire d'**ORTHODONTIE**  
Diplôme universitaire de **PARODONTOLOGIE**  
Diplôme d'étude supérieur de **CHIRURGIE DE LA BOUCHE**  
Diplôme universitaire de **PATHOLOGIE DE LA MUQUEUSE BUCCALE**

Certificat d'étude supérieur de chirurgie buccale  
Certificat d'anatomie cervico-faciale  
Certificat de physiologie générale

Ancien attaché des hôpitaux de Paris

## ORDONNANCE

Casablanca, le 9.10.19.

MEGDELER LAXBIR

Mis pour 15

20/10/19

Naljeric

14 3 x 10 1 55

*Dr. Brahim BOUBRIK  
Présidence de la Chambre des dentistes  
Tél: 05 22 39 66 69 - Casablanca*