

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.

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.

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 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.

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° P19- 0040019

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1766

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SEFFAR med Rachid

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661 6393 79

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

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

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

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

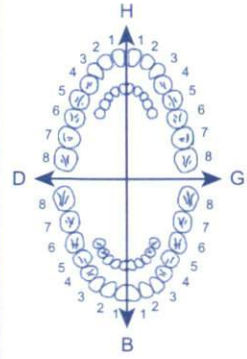
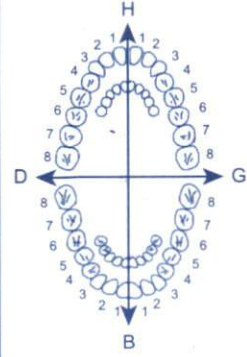
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				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 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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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.

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.



Déclaration de maladie

N° W19-453584

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1766 Société : R A 17

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : neel Rachid

Nom & Prénom : SEFFAR neel Rachid

Date de naissance : 27/01/1953

Adresse : 5, Lot Nezh, quartier Californie Casablanca

Tél : 0661632329 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/11/19

Nom et prénom du malade : Seffar Rachid Age :

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

Nature de la maladie : parodontite

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'avis du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. J'ai pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-453584

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.



Matricule :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :

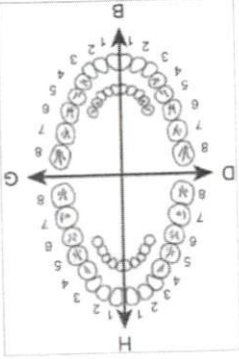
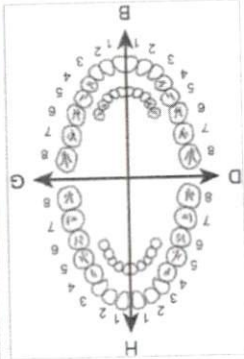
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

--	--	--	--	--	--	--	--

INP :[illegible]

PROTHÈSES DENTAIRES		O.D.F.																	
<p align="center">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">D</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>25533412</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>11433552</td> <td>00000000</td> <td>11433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> </tr> </tbody> </table>		H		D		25533412	00000000	25533412	00000000	11433552	00000000	11433552	00000000	35533411	00000000	35533411	00000000	<p align="center">COEFFICIENT DES TRAVAUX</p>	
H		D																	
25533412	00000000	25533412	00000000																
11433552	00000000	11433552	00000000																
35533411	00000000	35533411	00000000																
<p align="center">MONTANTS</p>		<p align="center">DES SOINS</p>																	
<p align="center">(Création, remont, adjonction)</p>		<p align="center">Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																	
<p align="center">DATE DU DEVIS</p>		<p align="center">DATE DE L'EXÉCUTION</p>																	
																			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX




Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires
Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes INF : 0970018914			

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
----------------------	------	-----------------------

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	492, Bis Rd. Panoramique D.S. ROUSSEHA ROUHA PHARMACIE DES DALIAS 4922 5375 666 Montbeller - Tél. 9522 5375 666
Date	04/11/13
Montant de la Facture	26

Cachet et signature du Président de la République	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
--	------	---------------------------------	---------------------------

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue			
Date	04/11/19	24/11/19	20/01/20
Désignation des Coefficients			
Montant des Honoraires			

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

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

VOLET ADHERENT

les justificatifs exigés par la Mutuelle.

Dr. Hasnaa BENZIT

Chirurgien Dentiste

Diplômée en Parodontologie - Implantologie
New York University (NYU)

Membre de l'Académie Américaine de Parodontologie



د. حسناء بنزيت

طبيبة جراحة للأسنان
متخصصة في أمراض العظم واللثة
متخصصة في زراعة الأسنان
جامعة نيويورك

عضو الأكاديمية الأمريكية لأمراض اللثة والعظم

Le : 06/11/19

Mr. Seffer Rachid

- Radiographie panoramique

Radiologie Ghandi 288
282, Bd. Ghandi - Casablanca
Tél: 05 22 77 45 45

Dr. Hasnaa BENZIT
Chirurgien Dentiste
Spécialiste en Parodontologie
22, Route d'El Jadida - Espace Houssam
3ème Etage - N° 7, Casablanca
Tél: 0522 23 20 47 - 0808 39 84 94

Dr. Hasnaa BENZIT

Chirurgien Dentiste

Diplômée en Parodontologie - Implantologie,
New York University (NYU)

Membre de l'Académie Américaine de Parodontologie



د. حسناء بنزيت

طبيبة جراحة للأسنان
متخصصة في أمراض العظم واللثة
متخصصة في زراعة الأسنان
جامعة نيويورك

عضو الأكاديمية الأمريكية لأمراض اللثة والعظم

Le : 04/11/19

Mr. Seffer Rachid

86,3

- Perte - air 87% (B.B) (AS)

En rouge en l'apex.

صيدلية الداليا
PHARMACIE DES DALIAS
Dr. S. BOUSFIHA BOUHLAL
19, BIS Bd. Panoramique
Montpellier Tél: 0522 527 560

Dr. Hasnaa BENZIT
Chirurgien Dentiste
Spécialiste en Parodontologie
Implantologie
22, Route d'El Jadida Espace Houssam
3ème Etage - N° 7, Casablanca
Tél: 0522 23 20 47 - 0808 39 84 94

22, طريق الجديدة - حوض حسان - الطابق 3 - رقم 7 - الهاتف : 0522 23 20 47 - 0808 39 84 94
22, Route d'El Jadida - Espace Houssam - 3ème Etage - N°7 - Tél : 0522 23 20 47 - 0808 39 84 94

hbenzit@menara.ma

Dr Hasnaa BENZIT

Chirurgien-Dentiste

Diplômée en Parodontologie - Implantologie

de New York University (NYU)

C.E.S de Biomatériaux dentaires de l'Université Paris VII

Membre de l'Académie Américaine de Parodontologie

FACTURE N° : 026/2019

Casablanca, le 04/11/2019

Nom du Patient: SEFFAR MOHAMED RACHID

DATE	ACTE EFFECTUE	MONTANT FACTURE
04/11/2019	DETARTRAGE	600,00
Total		600,00

La présente facture est arrêté à la somme de :
SIX CENT DIRHAMS./

SIGNATURE & CACHET

Dr. Hasnaa BENZIT
Chirurgien-Dentiste
Spécialiste en Parodontologie
Implantologie
22, Route d'El Jadida - Espace Houssam
Etage - N° 7 - Casablanca
Tél : 0522 23 20 47 - 0808 39 84 94

22, route d'El Jadida - Espace Houssam - 3ème étage - N° 7

Tél : 0522 23 20 47 * 0808 39 84 94

E-mail : hbenzit@menara.ma

TP : 34802522

IF : 40487832

ICE : 002015915000002

Dr. Yahia KETTANI

SPECIALISTE EN RADIOLOGIE
DIU IMAGERIE MAXILLO-FACIALE

Dr. Rokia BENBOUBKER

SPECIALISTE EN RADIOLOGIE

IRM 1,5 T - Scanner 16 Barrettes - Echographie 3D/4D - Doppler Couleur - Radiologie Numérisée
Mammographie Numérisée - Radiologie Dentaire - Ostéo-Densitométrie - Radiologie Interventionnelle

Facture

N° :5167/2019

Casablanca, le 04/11/2019

Nom patient : **SEFFAR RACHID**

Examen(s) réalisé(s) :

PANORAMIQUE

Montant : **deux cents (200 DH)**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
DEUX CENTS DH

REGLEMENT : ESPECES

Radiologie Ghandi 282
282, Bd. Ghandi - Casablanca
Tél: 05 22 77 45 45

Dr. Yahia KETTANI

SPECIALISTE EN RADIOLOGIE
DIU IMAGERIE MAXILLO-FACIALE

Dr. Rokia BENBOUBKER

SPECIALISTE EN RADIOLOGIE

IRM 1,5 T - Scanner 16 Barrettes - Echographie 3D/4D - Doppler Couleur - Radiologie Numérisée
Mammographie Numérisée - Radiologie Dentaire - Ostéo-Densitométrie - Radiologie Interventionnelle

Casablanca, le 04/11/2019

Patient : SEFFAR RACHID

RADIOGRAPHIE PANORAMIQUE DENTAIRE

- Absence de visualisation des dents 18, 28, 38 et 48.
- Soins dentaires multiples.
- Alvéolyse mettant partiellement à nu les racines dentaires
- Absence de lésion péri apicale décelable.
- Absence d'anomalie focale de la trame osseuse.
- Aération normale des sinus maxillaires. A noter du matériel d'obturation dentaire se projetant au niveau du fond du sinus maxillaire droit.

Cordialement

DR. KETTANI

DR. YAHIA KETTANI
Radiologie Ghandi 282
INPE: 09128329

