

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.

Educations :

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.

Prothèse 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

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- 0048662

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3288 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZAHIDY ANNES

Date de naissance : 01.01.13

Adresse :

Tél. : 0661258027 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : 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) :



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
	20/11/19	23200

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

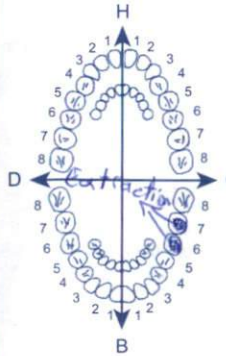
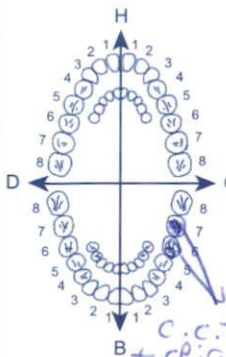
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
		"Nature"		COEFFICIENT DES TRAVAUX												
		Surammon (sur bon) Zéon (2 arcades).			MONTANTS DES SOINS											
		37 chirurgie implantaire			DEBUT D'EXECUTION											
		38 chirurgie implantaire														
	37 Extraction (dent perimovée)			FIN D'EXECUTION												
	38 Extraction (dent perimovée)															
	37 C.C.Z		D200													
	38 C.C.Z		D200													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EX

Polyclinique Dentaire Casablanca

Docteur Ahmed EL MOSTAFHA K.E.T.T.

785, Bd Mohammed VI - Casablanca

Tél. 0522 82 51 51 www.dentaire.ma

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																									
		"Nature"		COEFFICIENT DES TRAVAUX																								
	28/12/19				D 490.																							
		Surammon (une brach 2dms (2 arcades).			MONTANTS DES SOINS																							
	37	chirurgie implantaire		30500,00																								
	36	chirurgie implantaire			DEBUT D'EXECUTION																							
	37	Extraction (dent perimovée) DAO																										
	36	Extraction (dent perimovée) DAO			FIN D'EXECUTION																							
37	C.C.Z	D200																										
36	C.C.Z	D200																										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin: 10px auto;"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>B</th> <th></th> <th></th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			D	B			00000000	00000000			35533411	11433553			COEFFICIENT DES TRAVAUX
H		G																										
25533412	21433552																											
00000000	00000000																											
D	B																											
00000000	00000000																											
35533411	11433553																											
				MONTANTS DES SOINS																								
				DATE DU DEVIS																								
				DATE DE L'EXECUTION																								
				28/12/19.																								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Polyclinique Dentaire Casablanca

Docteur Ahmed EL MOSTAHER KETTANI

765, bd Mohammed VI - Casablanca

Tél. 0522 82 51 51 - www.dentaire.ma

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux	Montant des soins	Début d'exécution	Fin d'exécution
	12/11/13	Deviss		D 420	30300,00		
		Scanne Cone beam Z 200 (2 arcades)					
		37 chirurgie implantaire					
		38 chirurgie implantaire					
		39 Extraction (dent permanente) D10					
		35 Extraction (dent permanente) D10					
		37 C.C.Z	D 200				
		38 C.C.Z	D 200				

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux	Montant des soins	Date du devis	Fin d'exécution
	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553			12/11/19	
	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession					

Visa et cachet du praticien
Polyclinique Dentaire Casablanca
 Docteur Ahmed EL MOUSTAFA KETTANI
 765, Bd Mohammed VI, Casablanca
 Tél: 0522 52 51 51 www.dentaire.ma

Visa et cachet du praticien
 attestant l'exécution

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N° P 17/0058496			
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	Cachet MUPRAS
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			



P 17/0058496

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 3288	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom ZAHIDY AHMED			
Fonction	Phones		
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie			Date 1ère visite
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes			Signature et cachet du médecin
Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires		
PHARMACIE			Signature et cachet du Pharmacien
Montant de la facture			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			CACHET
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX			CACHET
Date			
Nombre AM PC IM IV			CACHET
Montant détaillé des Honoraires			



Casablanca, le 20 décembre 2019

ORDONNANCE

Mr ZAHIDY AHMED

Biotic plus 1g

1 sachet 2 fois par jour pendant 7 jours

Solupred 20mg

3 comprimés en une seule prise par jour pendant 5 jours

Doliprane 1000 mg

1 comprimé en cas de douleurs, sans dépasser 4 par jour

kin (BB)

3 fois par jour après brossage pendant 15 jours

PHARMACIE EL LOTF
Mme. BENJELICHI NEAMA
313, Bd. Oued Tassit El Oufia
Casablanca - Tél: 022.91.00.23

Polyclinique Dentaire Casablanca
Société Civile Professionnelle
De Médecine Dentaire
Dr A. KETTANI
765, Bd Modibo Keita - Casablanca
Tél: 0522 82 51 51 Fax: 0522 85 50 62

765, Boulevard Modibo Keita (Rond-Point Bachkou)-20420 Casablanca
+212 5 22 82 51 51 – Patente : 36350091 – CNSS : 7216197 –
ICE : 001648889000087 – IF 1007189
www.dentaire.ma

PPV:14DH00
PER:05/22
LOT:11150

KIN
Gingival

Encías Geng
Gums Genciv

10089
PPM

KIN
Gingival

Lote / Batch: 18053
09-2021
U / Exp.:



8 470003 731591

58.40

Solupred® 20mg

بيوتيك بلو
125/غ
أموكسيسيفيلين + كلاريثروميسين
علبة من 12 لفيفة



Biotic Plus 1g/100mg



Casablanca, le 28/12/2019

Note d'honoraire

Patient : Mr ZAHIDY AHMED		Honoraire
Dent	Acte	
1848	Scanner "Cone beam" (2 arcades)	1 500,00
37	Chirurgie implantaire	8 000,00
37	Extraction (dent permanente)	500,00
36	Extraction (dent permanente)	500,00
36	Chirurgie implantaire	8 000,00
36	Chirurgie implantaire	6 000,00
37	Couronne céramo-zircone "CCZ"	6 000,00
36	Couronne céramo-zircone "CCZ"	6 000,00
TOTAL		30 500,00

Somme arrêtée à : Trente mille cinq cents dirhams

Polyclinique Dentaire Casablanca



765, Boulevard Modibo Keita (Rond-Point Bachkou)-20420 Casablanca

+212 5 22 82 51 51 – Patente : 36350091 – CNSS : 7216197

ICE : 001648889000087 – IF 1007189 - www.dentaire.ma

Casablanca, le 28/12/2019

Mr ZAHIDY AHMED

COMPTE RENDU CONFIDENTIEL

EXAMEN SCANNER

L'acquisition est faite par faisceau conique.

L'examen est effectué avec un logiciel de reconstruction spécifique dentaire.

Une série de reconstructions d'une épaisseur de 1 mm avec un espacement de 1 mm ont été réalisées.

PARAMETRES D'ACQUISITION

Durée d'exposition : 10.9 s

Dos effective estimée : 65.1 usv

Dose reçue par le patient (CTDI) : 2.27 mGy

Energie : 90 Kv

Taille Voxel : 0.34 x 0.34 x 0.34 (mm)

MOTIF DE L'EXAMEN

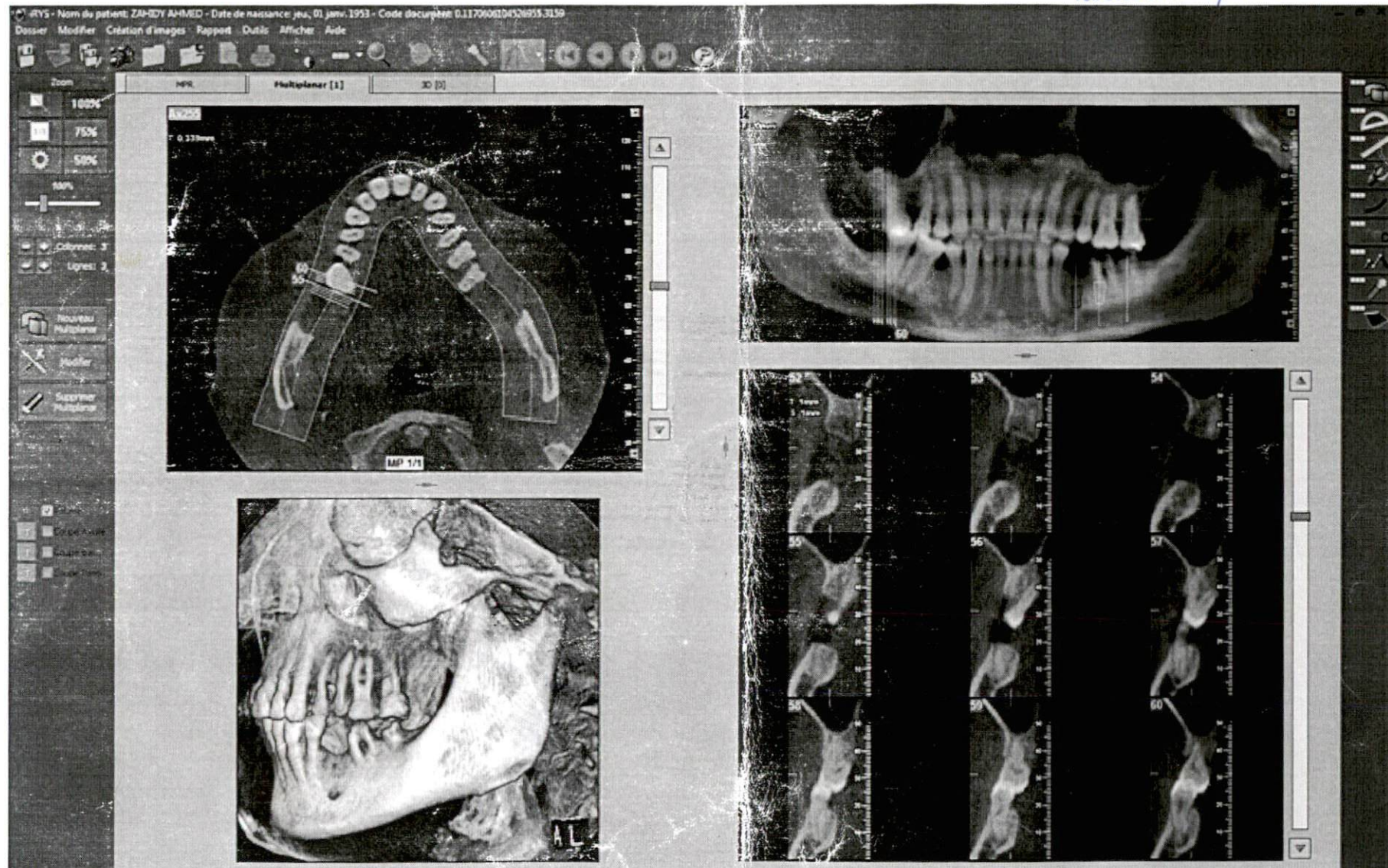
- SOINS DENTAIRES
- DOULEURS DENTAIRES

Signature

Polyclinique Dentaire Casabl.
Docteur Ahmed EL MOSTAPHA KEI
785.Bd. Modibo Keita - Casabl.
Tél. 0522 82 51 51 www.dentaire.ma

ZAHIDY AHMED

Polyclinique Dentaire Casablanca
Dentiste Ahmed EL KETTANI
705, Bd. Mohammed VI - Casablanca
Tél. 0522 82 51 51 - www.dentaire.ma



ZAHIDY AHMED

Polyclinique Dentaire Casablanca
Docteur Ahmed EL MOSTAPHA KETTAN
765, Bd. Medibo Ketta - Casablanca
Tél. 0522 82 51 51 - www.dentaire.ma

