

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 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

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° P19-0022096

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

R10

15812

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **12245**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **LAKLALECH Habiba**

Date de naissance : **11/01/72**

Adresse : **4 LOT HANANE, CALIFORNIE**

Tél. : **06 61 26 97 73** Total des frais engagés : **2000** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Salaheddine BENNANI
Chirurgien Dentiste
PARODONTISTE-IMPLANTOLOGISTE
Centre Dentaire Val d'Anfa
20, Bd. Abdelkrim El Khattabi
Tél : 0522 39 01 54 - 0522 94 42 75

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : **Laklalech Habiba** Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **HBD**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère criminel, 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 : **07/01/2020**

Signature de l'adhérent(e) : **ACCUEIL**

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
80				

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
		AM	PC	IM	IV	

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'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
		Coronoplastie de l'arcade Maxillaire et Mandibulaire Droite	D ₁₀ x 2 + D ₂₀	COEFFICIENT DES TRAVAUX
		28 Intégration en milieu infecté	D ₂₀	MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	D			MONTANTS DES SOINS
	G			DATE DU DEVIS
	B			DATE DE L'EXECUTION
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

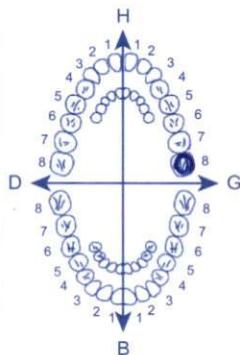
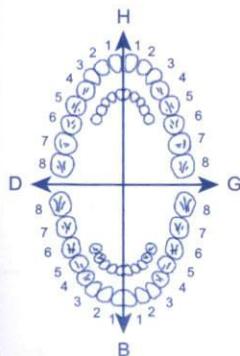
Dr. Salaheddine BENNANI
Chirurgien Dentiste
PARTICULIER DENTISTE ET STOMATOLOGISTE
Centre Dentaire Val d'Ana
20, Bd. Abdelkrim El Khattabi
Tel: 0522 39 01 54 - 0522 94 42 75

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												
		<p>✓</p> <p>Création de l'arcade Thérapeutique et Méninge Droit</p>	<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>$D_{10,2} + D_{20}$</p>												
	28	<p>Intraction en milieu infecté</p> <p>D_{20}</p>													
			<p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>2000,00</p>												
			<p>DEBUT D'EXECUTION</p> <p>10/12/19</p>												
<p>ODF PROTHÉSES DENTAIRES</p>		<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1" style="margin-left: 100px;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td></td> </tr> </table>	H	21433552	25533412	00000000	D	00000000	00000000	00000000	B	11433553	35533411		<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p> </p>
	H	21433552													
25533412	00000000														
D	00000000														
00000000	00000000														
B	11433553														
35533411															
		<p>MONTANTS DES SOINS</p> <p> </p>													
		<p>DATE DU DEVIS</p> <p> </p>													
		<p>DATE DE L'EXECUTION</p> <p> </p>													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Dr. Salaheddine BENNANI
 Chirurgien Dentiste
 VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION
 PARTENAIRES DENTAIRES
 Centre Dentaire Val d'Anfa
 20, Bd. Abdellah El Khattabi
 Tel: 0522 39 01 54 - 0522 94 42 75

Salaheddine Bennani
Docteur en chirurgie dentaire
Post graduate en Parodontie -
Impantologie
New York University
Master en dentisterie esthétique
Global Institute For Dental Education
& University Of California Los Angeles
Membre de l'American Academy
of Implant Dentistry
Centre Dentaire Val d'Anfa
20, Bd Abdelkarim El Khattabi
Tél: 05 22 39 01 54 / 05 22 94 42 75
Fax: 05 22 39 90 01
E-mail: info@drsbenanni.ma

Casablanca, le 16/12/2019

FACTURE POUR SOINS ET PROTHESES DENTAIRES
AU PROFIT DE MME LAKLALECH HABIBA

- | | |
|---|--------------|
| – Cone beam de l'arcade maxillaire et mandibulaire droite | 1 300 |
| – Extraction en milieu infecté | 700 |

Total : **2 000.00**
Mode de règlement : **CB**

Dr. Salaheddine BENNANI
Chirurgien Dentiste
PARODONTISSE-IMPLANTOLOGISTE
Centre Dentaire Val d'Anfa
20, Bd. Abdelkarim El Khattabi
Tél: 0522 39 01 54 - 0522 94 42 75

INP:94010931/ ICE: 001628115000034/ IF: 40501315

Salaheddine Bennani
docteur en chirurgie dentaire
post graduate en parodontie-implantologie
new york university u.s.a
membre de l'american academy
of cosmetic dentistry
membre de l'american academy
of implant dentistry
centre dentaire val d'anfa
20, Bd Abdelkarim El Khattabi
Tel: 0522 39 01 54 / 0522 94 42 75
Fax : 0522 39 90 01

Casablanca, le 10/12/2019

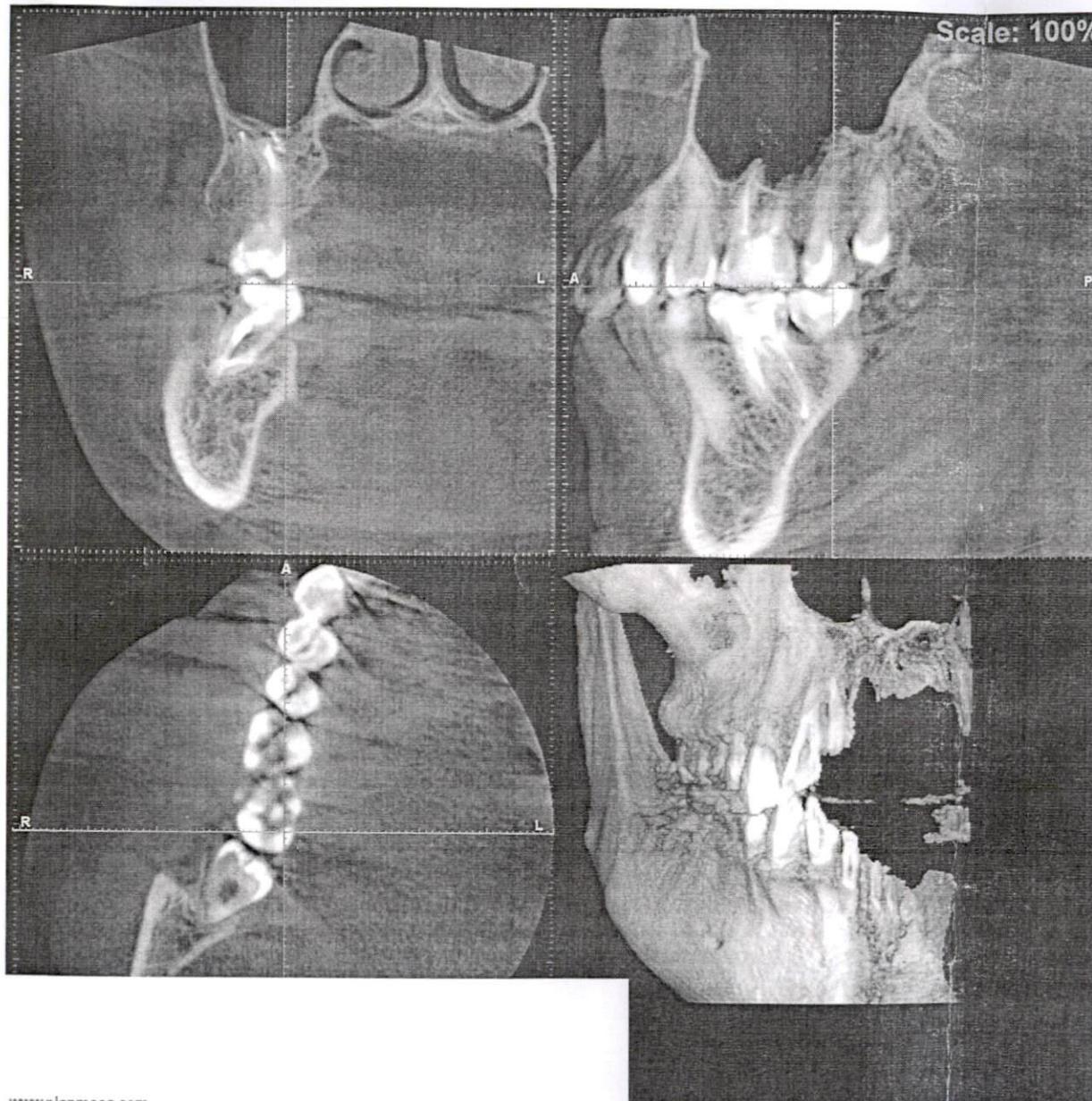
COMPTE RENDU DU CONE BEAM
AU PROFIT DE MME LAKLALECH HABIBA

- Os alvéolaire d'aspect normal;
- Epaississement de la membrane sinusoïdale de la cavité sinusoïdale droite;
- Carie importante au niveau de la 48 et 18;
- Traitement radiculaire sur 16, 17 et 47 et 46.

Dr. Salaheddine BENNANI
Chirurgien Dentiste
PARODONTISTE-IMPLANTOLOGISTE
Centre Dentaire Val d'Anfa
20 Bd. Abdelkrim El Khattabi
Tel : 0522 39 01 54 - 0522 94 42 75

LAKLALECH HABIBA
DOB:
ID: 4032

PLANMECA
Romexis



Dr. Salaheddine BENNANI
Chirurgien Dentiste
PARODONTISTE-IMPLANTOLOGISTE
Centre Dentaire Val d'Anfa
20, Bd. Abdelkrim El Khattabi
Tel : 0522 39 01 54 - 0522 94 42 75