

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.

Diagnostique 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.

Maladie chronique :

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° P19-0022096

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12245 Société : R1D 15812

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LAKLALECH Habiba Date de naissance : 11/01/72

Adresse : 4 LOT HANANE, CALIFORNIE

Tél : 0661269273 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 : HBV

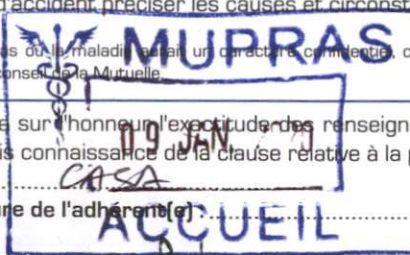
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie a 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 : 02/01/2020

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

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 :

Veillez 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													
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX Dext 2 + D MONTANTS DES SOINS 2000,0 DEBUT D'EXECUTION 10/12/1 FIN D'EXECUTION 16/12/1 CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION 												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT 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		CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Dr. Salaheddine BENNANI
Chirurgien Dentiste

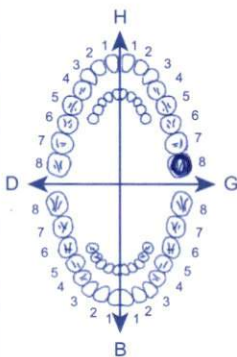
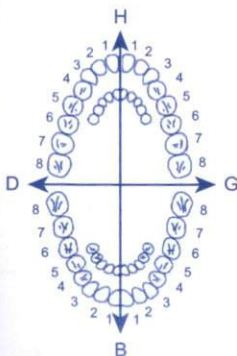
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION
Centre Dentaire Val d'Alger
20 - Bd. Abdelkrim El Khattabi
Tel : 9522 39 01 54 - 9522 94 42 75

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		
		Conc. beam		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	✓	de l'arcade maxillaire et mandibulaire	D ₂₀ 2		D ₂₀ 2 + D ₂₀
					MONTANTS DES SOINS
	28	Extraction en milieu infecté	D ₂₀	DEBUT D'EXECUTION	
					10/12/19
					FIN D'EXECUTION
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>G</p> </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX	
				MONTANTS DES SOINS	
				DATE DU DEVIS	
				DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Dr. Salaheddine BENNANI
Chirurgien Dentiste
DENTISTE
PARMIER DENTISTE ATTESTANT L'EXECUTION
Centre Dentaire Val d'Anfa
20 - Bd. Abdelkrim 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@drsbennani.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. Abdelkrim El Khattabi
Tel: 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 sinusienne de la cavité sinusienne 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

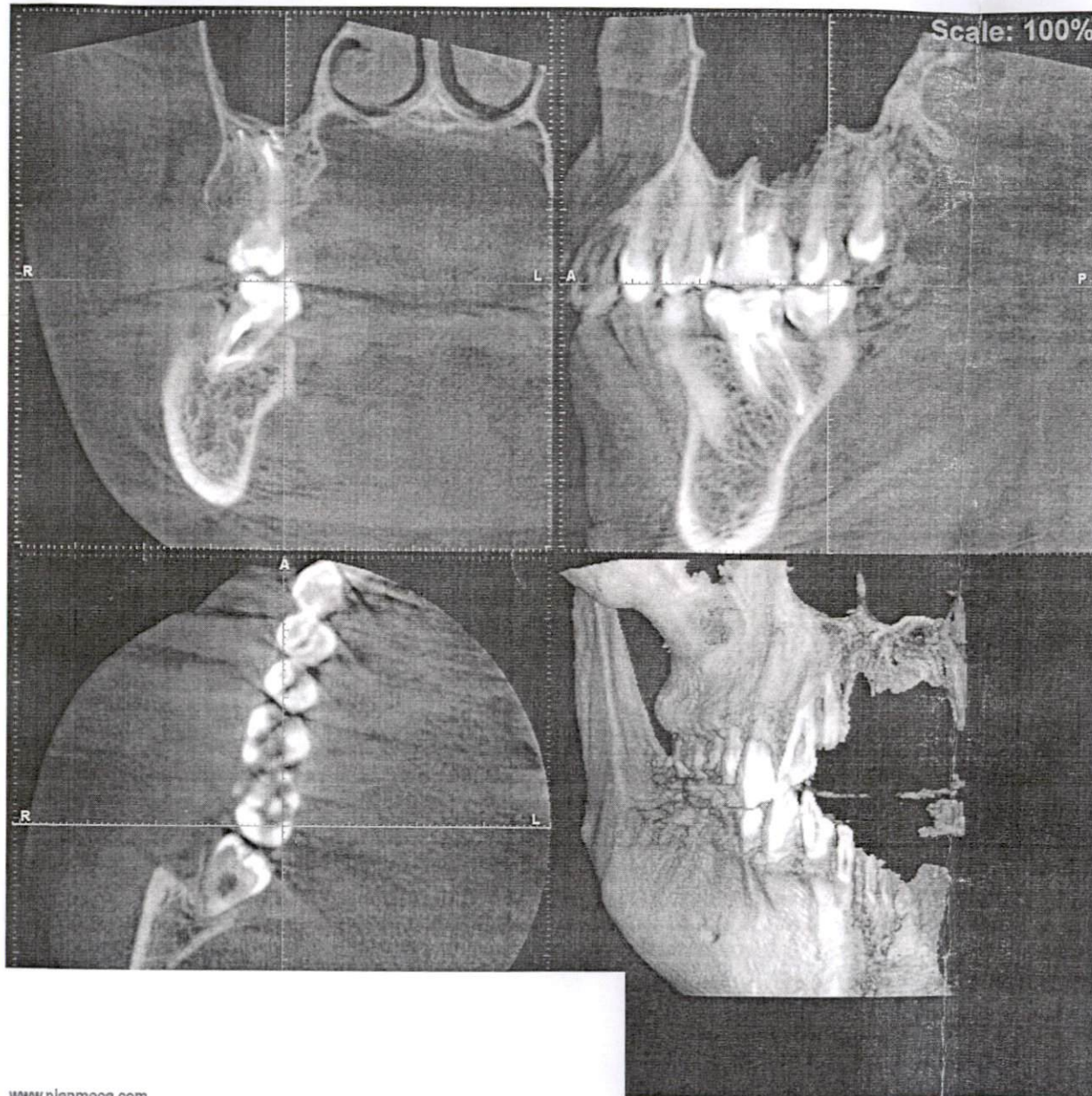
LAKLALECH HABIBA

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