

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 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

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 ^{ACC}

N° P19- 068125

☐ Maladie ☒ Dentaire

☐ Optique ¹⁵⁷⁶⁷⁴ ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ⁹⁵⁸ Société : ¹⁵⁷⁶⁷⁴

☐ Actif ☒ Personné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ^{RAFID ABDELILAHEN}

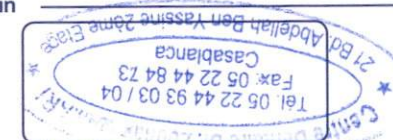
Date de naissance : ^{30/05/1942}

Adresse : ^{191 Bd Mohammed V Casablanca}

Tél. : ⁰⁶⁷⁶¹³⁵⁵⁷⁷ Total des frais engagés : ⁶⁹⁵⁰ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ^{17/04/23}

Nom et prénom du malade : ^{RAFID ABDELILAHEN} Age :

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

Nature de la maladie : ^{Maladie chronique}

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.

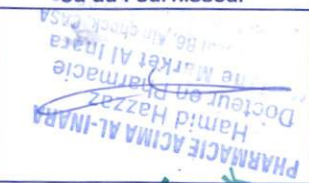
Fait à : ^{Casa} Le : ^{30/05/2023}

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
	12/06/23	67,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	12/6/23	220	250 DHS

AUXILIAIRES MEDICAUX

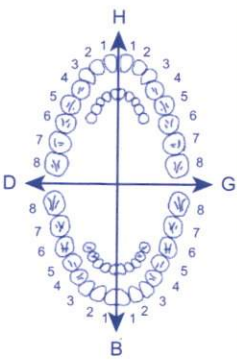
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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
	12/04/23	Can D10	24
	43	est D10	24
	33	est D10	24
	D24		24
	504 ~		24

COEFFICIENT DES TRAVAUX

24

MONTANTS DES SOINS

504 ~

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	G
25533412	21433552
00000000	00000000
D	B
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

360

MONTANTS DES SOINS

6000

DATE DU DEVIS

17/04/2023

DATE DE L'EXECUTION

30/05/23

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

N° Dossier: 157674 
N° Dossier externe: ACC-958-17042023
Type de dossier: DENTAIRE 
Bénéficiaire: RAFID ABDELKADER
Situation: Notifié 
Sous-situation: --- 
Date de début: 17-04-2023 
Date de fin: 
Date de saisie: 17-04-2023
Événement: 

 Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants [+]

Date	Type	Commentaire
19-04-2023	Manuel	ACC D240 PAT SUP +INF DR QAMARI ET REJET DE EXT 43+33 CAR DEJA

CENTRE DENTAIRE

Dr Zouhair QAMARI

Chirurgien Dentiste

03/06/23

Facture

RABID ABIR



Payé

(43.33) et 1
20

Patient

509,00

STP
Total

- PAT. H
- PAT. B. / D36

6509,00

6009,00

Centre Dentaire Dr. Zouhair QAMARI



21, Bd Abdellah Ben Yassine, 2ème étage - Casablanca 20000

Tél : 05 22 44 93 03 / 04 / Fax : 05 22 44 84 73

E-mail : docqamari@yahoo.fr / Site web : drqamarizouhair.ma

CENTRE DENTAIRE

Dr Zouhair QAMARI

Chirurgien Dentiste

03/06/23

RATID ABDECKADER

- Radios panoramiques
à faire

DR .BERRADA SOUNNI K
Radiologue
12, Rue d'Alger-Casablanca
Tél. : 0522 22 08 10/0522 22 26 56



21, Bd Abdellah Ben Yassine, 2ème étage - Casablanca 20000

Tél : 05 22 44 93 03/04 / Fax : 05 22 44 84 73

E-mail : docqamari@yahoo.fr / Site web : drqamarizouhair.ma

EN PARTENARIAT AVEC

elmex SENSITIVE

meridol 

Dr. Khalid BERRADA SOUNNI

Lauréat de la Faculté de Médecine
de Montpellier

الدكتور خالد براءة السوني

خريج كلية الطب
بمونبيلي

CASABLANCA ,LE : 12/06/2023

I.R.M

SCANNER SPIRALE
CORPS ENTIER - 3D
Multi-barrettes

EXONEREE DE LA TVA

Facture N°: FA23/05356

RAFID ABDELKADER

ICE :

DENTA-SCANNER

RADIOLOGIE
Conventionnelle
Numérisée

REF.NN.

RACHIS ENTIER
Numérisée

GONOMETRIE
Numérisée

ECHOGRAPHIE
pluridisciplinaire

ECHOGRAPHIE
Doppler couleur

MAMMOGRAPHIE
Tomosynthèse

OSTEO-DENSITO
Biphotonique

PANORAMIQUE
DENTAIRE
Numérisée

TELERADIO A 4 M
Numérisée

CONE BEAM

Désignation	Quantité	P.U	Montant
PANORAMIQUE	1,00	250,00	250,00
Total			250,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Deux cent cinquante Dirhams

Timbres fiscaux en cas de paiement en espèces
OMCPT BANCAIRE N° : 013780010960001050010548/BMCI ANGLE RUE D'ALGER ET RUE JEAN JACQUES CASABLANCA.
CNSS 1707572-PATENTE 35503945 IF 40400480 ICE 001598548000033

