

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

<input type="checkbox"/> Réclamation	: contact@mupras.com
<input type="checkbox"/> Prise en charge	: pec@mupras.com
<input type="checkbox"/> 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.

Declaration de Maladie

N° W19-448820

C

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

7847

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ELME GIER

MOHAMMED

Date de naissance :

12-06-1969

Adresse :

LOT ALO Roufa Rue 16 N°9 AIN Chok

CASA

Tél. 06 73 74 89 83

Total des frais engagés :

900,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BOUBRIK Dr. Dr.
ORTHODONTISTE
Résidence Jourhara - 2000 Angle Ed.
Chendi - Omer Al Khayara - Bousjour
Tél : 39 66 66 - Casablanca

Date de consultation :

07

25 SEP. 2019

Nom et prénom du malade :

ELME GIER MOHAMMED

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

SOINS de faire.

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

Signature de l'adhérent(e) :

Og

Le : 18/10/2019



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
				INP : <input type="checkbox"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cache du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07.08.19	181,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODP.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 094011849
	42 TREG, D33	2809, 212	047	COEFFICIENT DES TRAVAUX
			900	MONTANTS DES SOINS
			180619	DEBUT D'EXECUTION
			180619	FIN D'EXECUTION
ODOF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000 00000000	G	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	D	35533411	B	21433562 00000000 11433563
	G			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Docteur Brahim BOUBRIK
Chirurgien Dentiste Spécialiste

Doctorat en médecine dentaire
Diplôme universitaire d'**ORTHODONTIE**
Diplôme universitaire de **PARODONTOL**
Diplôme d'étude supérieur de **CHIRURG**
Diplôme universitaire de **PATHOLOGIE D**

Certificat d'étude supérieur de
Certificat d'anatomie cervico-l
Certificat de physiologie génér
Ancien attaché des hôpitaux d

LEVAMOX® 16 COMPRIMES
PPV 157DH00
LOT 800201 S
EXP 01/2021

LOT: M0097
EXP: AOU 2020
PPV: 24,60 DH

ORDONNANCE

DR. BRAHIM BOUBRIK
Résidence Jaouharat Ghandi, Angle Ed.
Casablanca, le 29/01/2021
Tél: 380 619 - Casablanca

AR. EL NEGRER Mr. Mohamed

157.00

levamox 16

(S.V)

10 J 2x

50 (S.V)

2cl, 60

Cach



157,60 m 2x 1 - 1 5x

DR. BRAHIM BOUBRIK
Résidence Jaouharat Ghandi, Angle Ed.
Casablanca, le 29/01/2021

CABINET DENTAIRE BOUBRIK

Casablanca, le 17/09/19.

FACTURE détaillée

Dr Brahim BOUBRIK Chirurgien dentiste spécialiste,

Certifie avoir reçu de : *Mr EL ALEGDER MOHAMED.*

La somme de : « *Neuf cent* — Dirhams »

En règlement intégrale des actes suivants :

SOINS DENTAIRES :

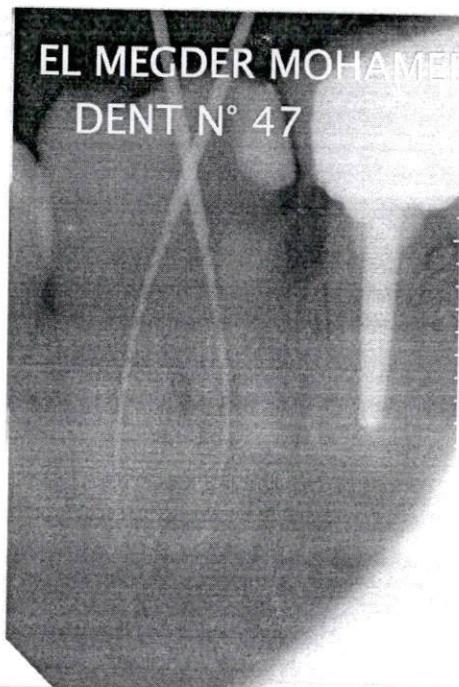
Traitement canalaine plus obturation

dent N° 47 - D35 + 800m.

- 2 RVS + 100m.

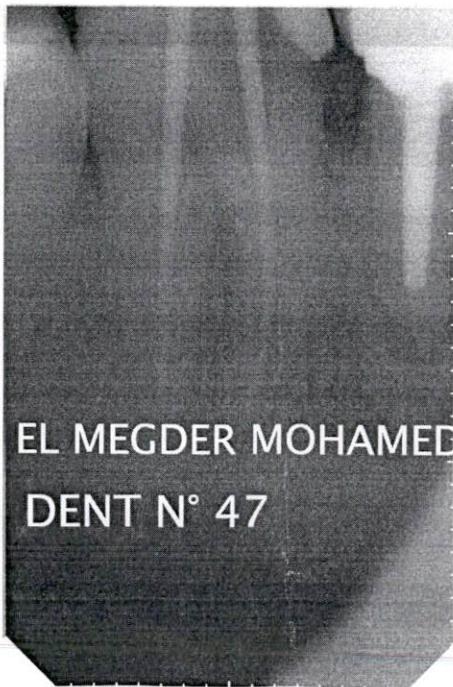
*Dr. BOUBRIK Brahim
DENTISTE
Casablanca - 24 Agadir
Tél : 0522 39 66 69 - Casablanca
Fax : 0522 39 66 69 - Casablanca
CNSS : 7056791 ; PATENTE : 34807192 ; IR : 51102845 ; ICE : 00163426000086 ;
RIB : 011 780 0000 71 210 00 60246 06 - BMCE ; INPE : 094011574.*

DR BOUBRIK BRAHIM
264.BD GHANDI.CASABLANCA



Le 3 de Fevrier 1973
Dr. Boubrik Brahim
264 Bd Ghandi Casablanca
Maroc
Signature

DR BOUBRIK BRAHIM
264.BD GHANDI.CASABLANCA



Ref: 180919.

DR BOUBRIK BRAHIM
264.BD GHANDI.CASABLANCA
Tél: 39.66.69 - Casablanca