

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

Pathologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Education :

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.

taire :

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.

adie 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 caractére 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

Nº P19- 0045570

RBID

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

6972

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL MAAROUFI MUSTAPHA

Date de naissance :

19/06/1957

Adresse :

36 Rue Socrate Maury

0080

Tél. :

067311789

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BENOUA Hassan Mohamed
ORTHODONTISTE
IMPLANTOLOGUE
54, Rue Socrate Rés. SABAH - Maârif
Tél.: 0522 25 76 76/26 - 0522 25 76 76/26

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : EL Maaroufi Houd Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Syndrome

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 :

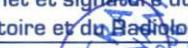
Signature de l'adhérent(e) :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|---------|------------------------------|------------------------|
|  | 24/7/19 | Examen | 200,- |

AUXILIAIRES MEDICAUX

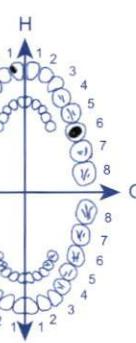
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

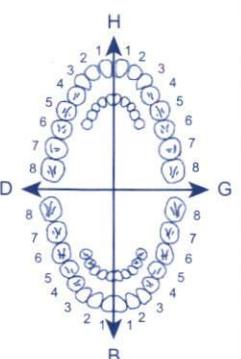
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient |
|---|----------------|----------------------------|-------------------------|
|  | 1 P | Extraction chirurgicale | 240 |
| | 4 8 | Extraction chirurgicale | 140 |
| | 2 6 | Extraction | 215 |
| | 1 1 | Extraction | 215 |
| | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | 11 |
| | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | 330 |
| | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | 24/7 |
| | | | FIN D'EXECUTION |
| | | | 5/8 |

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |



(Création, remont, adjonction)

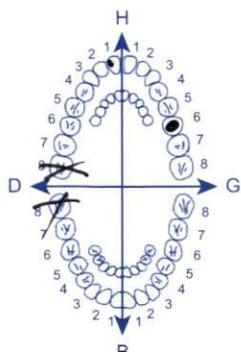
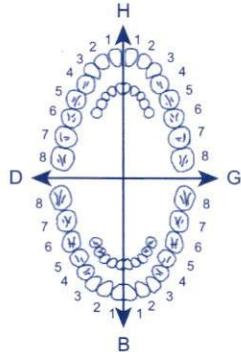


RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 | | | | | | | | | | | |
|--|---|---------------------|--------------------|-------------------------|---|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------------------|
|  | 1 P | Extraction clinique | 240 | COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | |
| | 4 8 | Extraction clinique | 140 | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | |
| | 2 6 | Extraction | 215 | DEBUT D'EXECUTION | | | | | | | | | | |
| | 1 1 | Extraction | 215 | FIN D'EXECUTION | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | |
|  | <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">H</td> <td style="padding: 2px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table> | | | H | G | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | H | G | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | |
| (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | |
| | <p style="text-align: right;"><i>Dr. BENOUNA Hassan Mohamed</i></p> <p style="text-align: right;"><i>ORTHODONTISTE</i></p> <p style="text-align: right;"><i>IMPLANTOLOGUE</i></p> <p style="text-align: right;"><i>54, Rue Socrate - Casababah - Maroc</i></p> | | | DATE DU DEVIS | | | | | | | | | | |
| | <p style="text-align: right;"><i>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS : 0522 25 76 76/26</i></p> <p style="text-align: right;"><i>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</i></p> <p style="text-align: right;"><i>54, Rue Socrate - Casababah - Maroc</i></p> | | | DATE DE L'EXECUTION | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS : 0522 25 76 76/26

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

54, Rue Socrate - Casababah - Maroc



Dr. Hassan Mohamed BENOUNA

Chirurgien Dentiste

ORTHODONTISTE

IMPLANTOLOGUE

Spécialiste en Réhabilitation

Orale et Implantologie

Spécialiste en Orthopédie

Dento - faciale

Diplômé de Bordeaux II

الدكتور حسن محمد بنونة

طبيب جراحي للأسنان

اختصاصي في إعادة التأهيل

الفموي وزرع الأسنان

اختصاصي في تقويم اعوجاج الأسنان

خريج جامعة بوردو II

Casablanca Le: 5 / 8 / 2015

Facture

EL Maarrfi Hn d .

- Extraction chirurgicale dg

18 et 48 . D 80

- opente am 11 et 26 D 30

Hausse 3300 MT

ICE : 00184223100005

IMPE : 0540 12614

DR. BENOUNA Hassan Mohamed
ORTHODONTISTE
IMPLANTOLOGUE
Rés. SABAH - Maârif
54, Rue Socrate Casablanca
Tél.: 0522.25.76.76/26 - Casablanca

RADIOLOGIE SOCRATE

FACTURE N°001254 /19

Nom & prénom : Casa 24.7.19
EL MAAROUFI HIND

| Examens | Prix |
|------------------|---------------|
| Rx ; panoramique | 200.00 |
| TOTAL | 200.00 |

Arrêtée la présente facture à la somme de :
Deux cent dirhams .

Angle Bd Brahim Roudani et Rue Nassih Eddine-Résidence ANFAI
Casa. 0522.25.73.13-0522.25.75.05 Patente:35803986 TVA. 817743
R.C. 79363 I.F. 01003328 CNSS:2626036 ICE : 001321320000087





الفحص بالأشعة سقراط RADIOLOGIE SOCRATE

الدكتور محمد بلقاذه العباسي
Dr. Mohammed BELCADI ABASSI

الدكتور جمال بناني
Dr. Jamal BENNANI

Casablanca, le : 24.7.19

NOM : EL MAAROUFI
PRENOM : Hind
MEDECIN TRAITANT : DR. BENOUNA H.

Panoramique dentaire

- Pour bilan dentaire .
- Absence de granulome apical ou de kyste radiculaire.
- Absence de lésion osseuse focale.

CONFRATERNELLEMENT

DR. J. BENNANI





Dr. Hassan Mohamed BENOUNA

Chirurgien Dentiste
ORTHODONTISTE
IMPLANTOLOGUE
Spécialiste en Réhabilitation
Orale et Implantologie
Spécialiste en Orthopédie
Dento - faciale
Diplômé de Bordeaux II

الدكتور حسن محمد بنونة

طبيب جراحي للأسنان

اختصاصي في إعادة التأهيل

الفموي وزرع الأسنان

اختصاصي في تقويم اعوجاج الأسنان

خريج جامعة بوردو II

Casablanca Le: 24 / 7 / 2015

Cher patient)

j' ai pris Maaron fi lundi
pour radiographie dentaire.

Amical

Dr. BENOUNA Hassan M'hamed
ORTHODONTISTE IMPLANTOLOGUE
54, Rue Socrate Rés. SABAH - Maârif Casablanca
Tél.: 0522.25.76.76 / 0522.25.76.26