

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Diagnostic 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 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

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



17154

Handwritten signature/initials.

Déclaration de Maladie : N° P19- 0014646

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7235 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : CHEBKI Abdelouahed Date de naissance : 06/10/1952
 Adresse : Résidence En-Majid Imm 6 Appt 6A Plateau CASA
 Tél. : 06 11 49 38 74 Total des frais engagés : 200 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. SQALLI Houssaini Samir
 Chirurgien Dentiste
 39, Bd. Bir Anzarane - Maârif
 Casablanca - Tél. : 05 22 25 75 95

Date de consultation : 08/10/19

Nom et prénom du malade : CHEBKI Abdelouahed Age : 65

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

Nature de la maladie : EDENTATION

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 : 08/10/19

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Dr. SQALLI Houssaini Samir
 Chirurgien Dentiste
 39, Bd. Bir Anzarane - Maârif
 Casablanca - Tél. : 05 22 25 75 95

MUPRAS
 01 NOV. 2019
 ACQUEIL

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
	29/10/19	1x pul	2000h

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

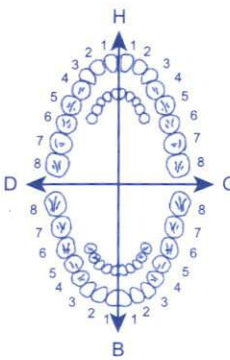
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

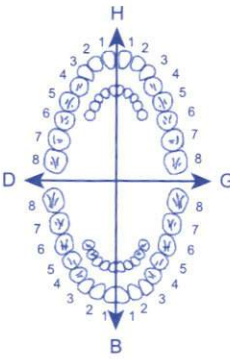
Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
CONSULTATION			COEFFICIENT DES TRAVAUX
			MONTANTS DES SOINS
			DEBUT D'EXECUTION
			FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT 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	COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	21433552												
D	00000000	00000000												
G	00000000	00000000												
B	35533411	11433553												
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS												
		DATE DU DEVIS												
		DATE DE L'EXECUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

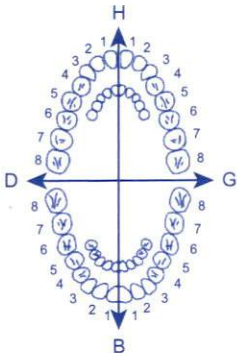
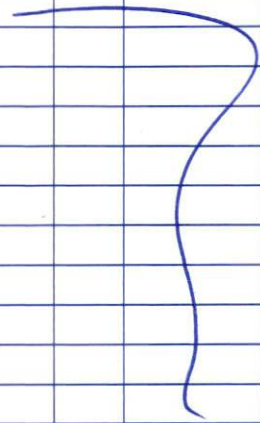
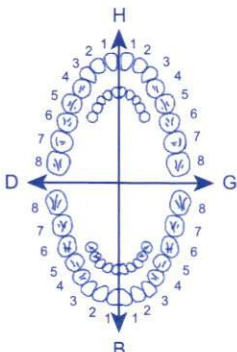
Dr. SOALLI Boussaini Saïd
Chirurgien Dentiste
39, Bd. Bir Anzarane - Maarif
Casablanca - Tél.: 05 22 25 75 95

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															
	CONSULTATION			COEFFICIENT DES TRAVAUX D4														
				MONTANTS DES SOINS Gratuit														
				DEBUT D'EXECUTION 23/10/19														
				FIN D'EXECUTION 28/11/19														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		D	B	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	D	B																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS 														
				DATE DU DEVIS 														
			DATE DE L'EXECUTION 															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. SQUALLI Boussaini Sami
 Chirurgien Dentiste
 39, Bd. Bir Anzarane - Maarif
 Casablanca - Tél.: 05 22 25 75 95

Dr. SQALLI Houssini Samir

Chirurgien Dentiste

Diplômé de la Faculté de
Médecine de Bruxelles U.L.B

39, Boulevard Bir Anzarane
Maârif - Casablanca

Tél. : 05.22.25.75.95 - GSM : 06.61.66.90.01

E-mail : dr-sqalli@hotmail.fr

الدكتور العقلي الحسيني سمير

طبيب جراحي للأسنان

خريج كلية الطب ببروكسيل

39، شارع بئر انزران

المعاريف - الدار البيضاء

الهاتف : 05.22.25.75.95 - المتنقل : 06.61.66.90.01

Casablanca, le : 28/07/2019 في الدار البيضاء،

MC HERKI Abdelouahab
A RADIO PANT Kariou

Dr. SQALLI Houssini Samir
Chirurgien Dentiste
39, Bd. Bir Anzarane - Maârif
Casablanca - Tél.: 05 22 25 75 95

CASA RADIOLOGIE
Drs. BENHADDOU / BENYACHOU
119, Bd. Abdelmoumen - Casablanca
Tél.: 05 22 77 44 21/27 77 - 06 61 61 61



Casablanca, le 29/10/2019

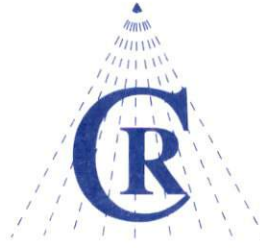
FACTURE :12169/2019

Nom & Prénom : CHEBKI ABD EL LOUAHAD

Examen(s)	
PANORAMIQUE DENTAIRE	
Montant TOTAL	200 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
DEUX CENTS (200 DH)

119 Bd. Abdelmoumen - Casablanca
Tél: 0522 27 77 04 - 0522 27 44 27 / 0661 674 672
Fax: 0522 27 77 04 - contact@casaradiologie.com - www.casaradiologie.com
R.C. Casa : 69001 - Patente : 32505292 - C.N.S.S. : 2347054 - I.F. 01621082
I.C.E: 000217463000006 - Compte ATWB : 007780000238200000027632



Casablanca le 29/10/2019

Médecin Traitant : **DR S. SQALLI HOUSSINI**
Nom du patient : **MR CHEBKI ABD EL LOUAHAD**
Examen Réalisé : **PANORAMIQUE DENTAIRE**

Bilan dentaire.

Pas de lésion destructive osseuse visible.

Pas de kyste dentaire ou de granulome apical.

Bien confraternellement à vous.
DR Y. BENHADDOU

CASA RADIOLOGIE
Drs. BENHADDOU / BENYACHOU
119, Bd. Abdelmoumen - Casablanca
Tél.: 05 22 27 44 27 / 05 22 77 44 / 06 61 67 46 72