

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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

ptique :

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

éducation :

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

- 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



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 : CHÉRKI Abdellah Date de naissance : 06/07/1952

Adresse : Réidence En-Majid Imm 6 App 61 Plateau CASA

Tél. : 06.11.49.36.74 Total des frais engagés : 200 Dhs

Cadre réservé au Médecin

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

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/10/19

Nom et prénom du malade : CHERKI Abdellah Age :

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 : 01 NOV. 2019

Signature de l'adhérent(e) :


MUPRAS

ACCUEIL

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

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

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
<i>CASA RADIO</i> Dr. BENI 12201 / Dr. 119, Bd. Abdellatif Benjelloun - Casablanca Tél.: 05 22 74 21 02 / 77 44 06 63	29/10/13	1 UX puf	200DH

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 :

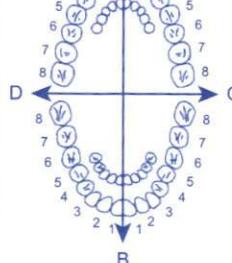
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
<i>CONSULTATION</i>			
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <i>D</i>			
MONTANTS DES SOINS <i>GRAT</i>			
DEBUT D'EXECUTION <i>12/10/13</i>			
FIN D'EXECUTION <i>12/10/13</i>			

O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

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



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. SQALLI Houssaini Sami

Chirurgien Dentiste

39 Bd. Bir Anzarane - Maârif

Casablanca - Tél.: 05 22 25 75 95

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
 <i>CONSULTATION</i>															
COEFFICIENT DES TRAVAUX D4															
MONTANTS DES SOINS ESTIMATIF															
DEBUT D'EXECUTION 03/09/19															
FIN D'EXECUTION 28/10/19															
ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	00000000	00000000													
G	35533411	11433553													
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															
COEFFICIENT DES TRAVAUX 															
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. SQALLI Houssaini Sami
Chirurgien Dentiste
39 Bd. El Anzarane - Maârif
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 الصقلي الحسيني سمير

طبيب جراحي للأسنان

خريج كلية الطب ببروكسيل

39، شارع بئر انزران
المعاريف - الدار البيضاء
الهاتف: 06.61.66.90.01 - المتنقل: 05.22.25.75.95

Casablanca, le :

28 Novembre 2010

الدار البيضاء، في

MCHERAKI Abderrahmane

B RADOUANE Rami Larripa

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

*CASA RADIOLOGIE
Drs. BENHADDOU / BENYACHOU
119, Bd. Abdelloumene - Casablanca
Tél.: 05 22 77 42 02 / 77 42 06 67*



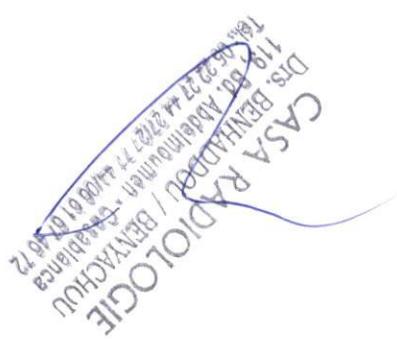
Casablanca, le 29/10/2019

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)





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 / 77 44 08 81 67 46 72