

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.

Biologie 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.

Educational :

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.

Prothèse :

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

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 79 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° P19-0028815

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01173 Société : R.A.M

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL MOUFLI KHADDAG

Date de naissance : 6-6-49

Adresse : 13, Rue Ibn Khatim - Appr 1

Marj Extension

Tél. : 0661 163881 Total des frais engagés : 5600 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/10/19

Nom et prénom du malade : EL MOUFLI KHADDAG Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : caries + extraction de dents

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 : Casablanca


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
	03/10/2019	1430

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

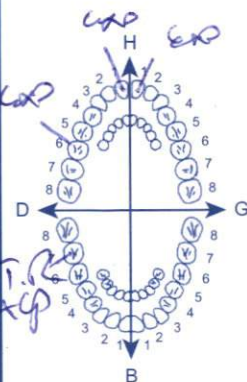
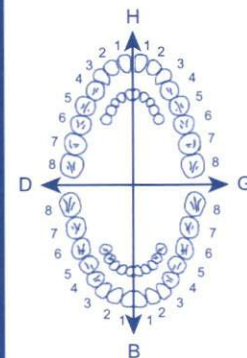
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

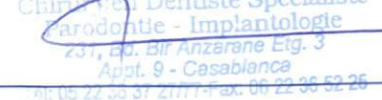
Important :

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	
	-	Ous	1	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	-	Radio	6	
	-	Pano	15	MONTANTS DES SOINS
	11	Cao	1	
	16	Cao	1	DEBUT D'EXECUTION
	21	Cao	1	
	11	3 Bp	10	FIN D'EXECUTION
	11	3 Bp	10	
	14	2 Bp	10	
	16	2 Bp	10	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H		25533412	21433552
	D		00000000	00000000
	G		00000000	00000000
	B		35533411	11433553
	(Création, remont, adjonction)			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	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



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															
	-	-	100%	COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	-	Radio	1/6		<input type="text" value="122"/>													
	-	Pano	1/8															
		1 1	Cao	1/6	MONTANTS DES SOINS													
		1 6	Cao	1/6		<input type="text" value="56000"/>												
		2 2	Cao	1/6														
		1 3	Prothèse	1/6	DEBUT D'EXECUTION													
		1 3	Prothèse	1/6			<input type="text" value="3/10/15"/>											
1 3		Prothèse	1/6															
	1 6	Prothèse	1/6	FIN D'EXECUTION														
	1 6	Prothèse	1/6		<input type="text" value="28/10/15"/>													
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<table border="1"> <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>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
				DATE DU DEVIS														
				DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

BENNANI
 Chirurgien Dentiste Spécialiste
 Parodontologie - Implantologie
 231, Bd. Bir Anzarane Etg. 3
 Appt. 9 - Casablanca
 Tél: 05 22 35 37 27111 Fax: 05 22 35 52 25

DR. YOUNES BENNANI

DOCTORAT D'ETAT EN MÉDECINE DENTAIRE

DIPLÔME UNIVERSITAIRE EN IMPLANTOLOGIE ORALE

DIPLÔME UNIVERSITAIRE EN ESTHÉTIQUE DU SOURIRE

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG - FRANCE



DENTAL BEAUTY CARE

الدكتور يونس بناني

دكتوراه دولة في طب الأسنان

شهادة جامعية في زرع الأسنان

شهادة جامعية في تحسين الإبتسامة

جامعة ستراسبورغ بفرنسا

CASABLANCA, LE 3/10/2019 الدار البيضاء، في

EL ANZARANE BHADDOUS

79.50 2240 (S.V.) 500 60

79,50
FPV 79DH70
PER 05/12
LOT 11251

46.50 2240 (S.V.) 500 60

15.00 2240 (S.V.) 500 60

PPV: 48DH0
PER: 07-22

15.00 2240 (S.V.) 500 60

PPV 15DH00
EXP 04/2012
LOT 93037-2

15.00 2240 (S.V.) 500 60

143.00

Dr. Younes BENNANI
Chirurgien Dentiste - Spécialiste
Parodontologie - Implantologie
231, Bd. Bir Anzarane Etg. 3
Appt. 9 - Casablanca
Tél: 05 22 36 37 27/77 - Fax: 05 22 36 52 25

Pharmacie
M'hamed EL BERNANE
Docteur en Pharmacie
22, Rue Impossé Ikhrou KATIR
Tél: 05 22 23 41 83 - CASABLANCA



DENTAL BEAUTY CARE

Casablanca le : 28/10/2019

FACTURE N° : 00385/2019

La réhabilitation dentaire de Mme EL MOUFLIH KHADDOUJ a nécessité :

- Consultation + radio panoramique:	500,00dhs
- Extractions de 11.16.21 :	2400.00dhs
- Biopulpectomie sur la 47 :	1300.00dhs
- Composites sur 47.46 :	1400.00dhs

Total : 5600,00dhs

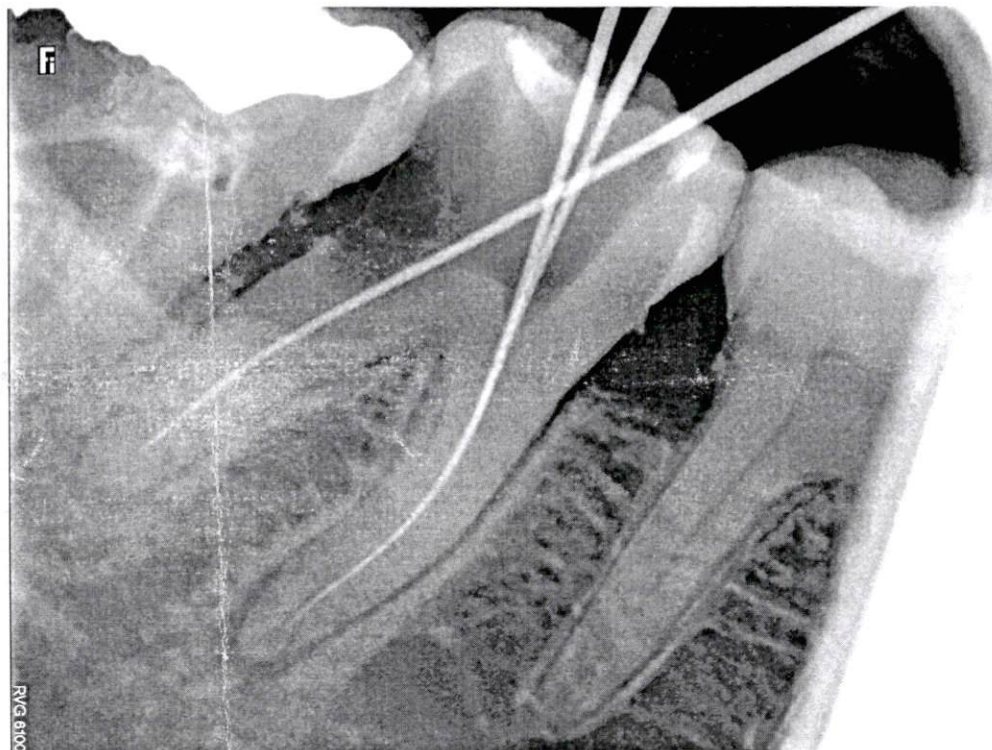
ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE CINQ MILLE SIX CENT DHS

Dr. Younes BENNANI
Chirurgien Dentiste Spécialiste
Parodontie - Implantologie
231, Bd. Bir Anzarane Etg. 3
App. 9 - Casablanca
Tél: 05 22 36 37 27 / 77 - Fax: 06 22 36 52 25

Doc Bennani

ELMOUFLIH KHADDOJ 22/10/2019 11:40:10# 47

Dr. YOUNES BENNANI
Chirurgien Dentiste Spécialiste
Parodontie - Implantologie
251, Bd. El Anzerane Etg. 3
Ann. 9 - Casablanca
Tél : 06 22 36 52 25 Fax : 06 22 36 52 25



Lin

KODAK Dental Imaging Software V6, 12, 32, 0

Elmouflih Khaddoj

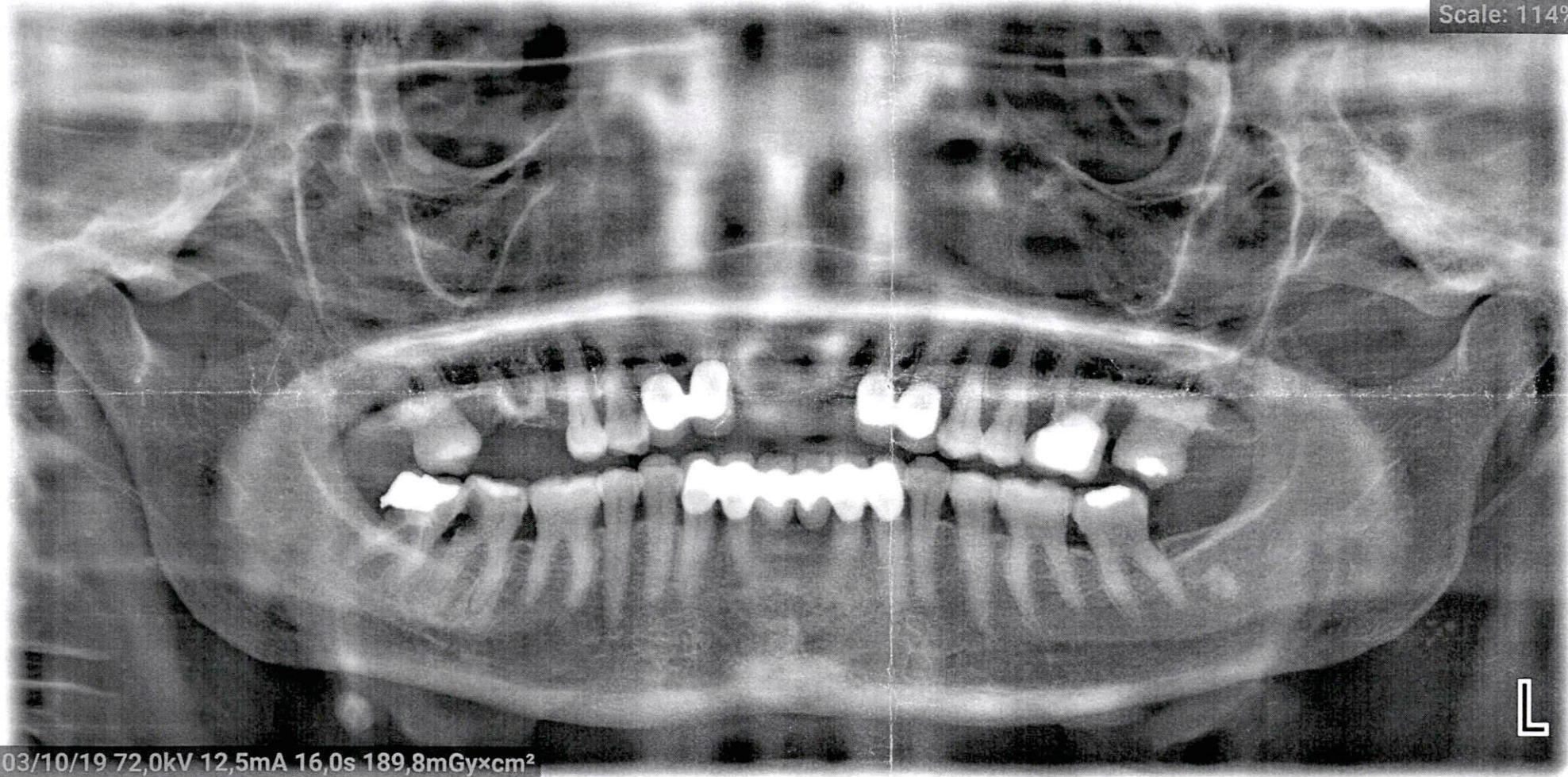
ID 40844

DOB

Dr. **BENNANI**
Chirurgien-Dentiste Spécialiste
Parodontologie - Implantologie
231, Bd. Bir Anzarane Etg. 3
Alger 9 - Casablanca
Tél: 06 22 36 37 277 - Fax: 06 22 36 52 25



Scale: 114%



03/10/19 72,0kV 12,5mA 16,0s 189,8mGy×cm²

Double Click To Edit Free Text