

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.

Médecine 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.

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.

Déclaration de 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 78 18 - www.mupras.com

DIR
ND: 12670 CA

Déclaration de Maladie : N° P19-0001759

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	10135	Société :	QAR
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :	ZANARY AMINA	Date de naissance :	14/11/75
Adresse :		Téléphone :	052227818
		Total des frais engagés :	Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. GENLEMIL Yasmine
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste
32, Bd Bir Anzara 1er étage N° 2
au dessus de Moummi Bir Anzara
Casablanca - Tél. 05 22 23 44 79

Cachet du médecin :	
Date de consultation :	05/12/19
Nom et prénom du malade :	ZANARY AMINA
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même
<input type="checkbox"/> Conjoint	
<input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie :	Soins dentaires
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	13 DEC 2019

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 : C20 Le : 05/12/19

Signature de l'adhérent(e) : ZANARY AMINA

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
03/12/19				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Mme Aïnai PHARMACIE 47, boulevard Bir Anzarane Tel : 0522 25 02 66</i>	05/12/19	187,40

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		A M	P C	I M	I V	

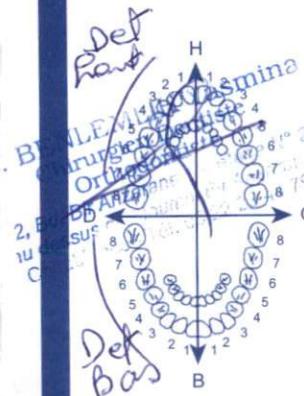
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

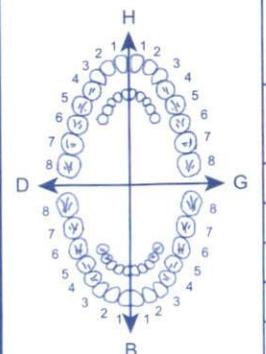
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'Office.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
<i>Det haut</i>	<i>Det</i>	<i>D₈</i>	
<i>Bas</i>	<i>Det</i>	<i>D₈</i>	



O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
H	G
25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553
B	



[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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

D₁₆

MONTANTS DES SOINS

6000 DT

DEBUT D'EXECUTION

*Dr. BENLEMLOU Yasir
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste
FIN 32, Bd. Dr. Alzaraoui 1er étage
D'EXECUTION - Casablanca - Tel : 0522 25 02 66*

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

Centre Dentaire

Dr.Yasmina BENLEMLIH

Orthodontie - Parodontie

Implantologie - invisalign

Diplômée de la F.M.D.C

Ancienne Attachée au CCTD de Casablanca



مركز طب الأسنان

ياسمينة بين الملحق

تقويم الأسنان - علاج اللثة

عوامض الأسنان - تبييض

خريجة كلية طب الأسنان بالدار البيضاء
حقوقات سابقة بالمركز الإستشفائي الجامعي للدار البيضاء

ORDONNANCE

Madame ZANARY Amina

115,00

ACLAV 1g

1 sachet 2 fois par j pdt 7 j

58,40

EFFIPRED 20 MG

3cp en seule prise pdt 5jours

14,00

Doliprane 1g

3fois/jour pdt 5jours

187,40

Casablanca le: 05/12/2019

PPV: 115DH00
PER: 07/20
LOT: II 807

Mme Amin EL QABBAU
Docteur en Pharmacie
PHARMACIE DAN
Tel: 0522 25 00 18 - Casablanca

EFFIPRED®
58,40
PPV: 50DH
EXP: 02/20
LOT: 80014

LOT : 5252
PER : 09-21
P.P.V : 115DH00

Dr. BENLEMLIH Yasmina
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste
32, Bd. Bir Anzarane 1er étage N° 2
au dessus de Moumni Bir Anzarane
Casablanca - Tel: 05 22 23 44 79

32, Bd Bir Anzarane, 1^{er} étage , N° 2 - au dessus de Moumni Bir Anzarane - Casablanca

شارع بئر أنزاران، الطابق الأول، رقم 2 - فوق مومني بئر أنزاران

Tél. : 05 22 23 44 79 - E-mail : yasminabenlemlih2019@gmail.com

Centre Dentaire

Dr.Yasmina BENLEMLIH

Orthodontie - Parodontie

Implantologie - invisalign

Diplômée de la F.M.D.C

Ancienne Attachée au CCTD de Casablanca



مركز طب الأسنان

د. ياسمينة بن المليح

تقويم الأسنان - علاج اللثة

زرع الأسنان - تبييض

خريجة كلية طب الأسنان بالدار البيضاء

ملحقات سابقة بالمركز الاستشفائي الجامعي للدار البيضاء

FACTURE N°: FA281/19

Casablanca le: 05/12/2019

Madame ZANARY Amina

DATE	Dent	Actes	Code	Honoraires
05/12/2019	0	Detartrage 1 seance	D708	600

Total :600,00

Arrêté la présente Facture à la somme de : SIX CENTS

Dr. BENLEMILH Yasmina
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste
32, Bd. Bir Anzarane 1er étage N° 2
au dessus de Moumni Bir Anzarane
Casablanca - Tél: 05 22 23 44 79

ICE:001740630000072 INP:094011459 PAT:40800282

32, Bd Bir Anzarane, 1^{er} étage , N° 2 - au dessus de Moumni Bir Anzarane - Casablanca

32، شارع بئر أنزاران، الطابق الأول، رقم 2 - فوق مومني بئر أنزاران

Tél. : 05 22 23 44 79 - E-mail : yasminabenlemlih2019@gmail.com