



Cabinet Dentaire

Casablanca

Casablanca, le 27/11/2023

Patient(e): EL HARRY mohamed

177017

FACTURE N° 42F2018

ACTES	Code sécu	Dent(s)	Montant à payer
STELLITE 8	D 65	31, 32, 37, 41, 42, 45,	4 500,00
TOTAL			4 500,00

Arrêté le montant de la facture à la somme de

Quatre mille cinq cent

[Handwritten signature]

Signature du Praticien

Dr. ABOUELMIR Ahlam
Chirurgien Dentiste
Lot Haj Fateh N°520 Oulfa
Casablanca - Tél: 05 22 93 41 33

Le 12 octobre 2023

DR. ABOUELMIR AHLAM
14 RIE N 1 1ER ETAGE LOT. EL MERS MAZOLA HAY HASSANI
CASA, 20000
MAROC

Objet : PRISE EN CHARGE PARTIELLE
Identifiant adhérent : 0009492_1953-07-01_MOHAMED
N/REF : 20232830024465
Adhérent : ELHORRY MOHAMED

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de MOHAMED ELHORRY.

Nous vous prions de noter que le restant à charge à régler directement par l'adhérent et que cette prise en charge est valable à concurrence de :

- Part Mutuelle : 3122.00 MAD
- Restant à charge adhérent : 347.00 MAD

Validité de prise en charge : du 10-10-2023 au 10-01-2024.

Pour le règlement de votre facture, nous vous prions de bien vouloir l'adresser jointe au double de la présente à la MUPRAS :

Centre d'affaire Allal Benabdellah. 49, Angle Rue Allal Benabdellah et Rue Mohammed Fakir 6ème Etage. Casablanca.

Nous vous remercions d'avance pour l'aide et l'assistance que vous apporterez à MOHAMED ELHORRY.

Veuillez agréer, Messieurs, l'assurance de nos sincères salutations.








 Directeur MUPRAS

CONDITIONS ET MODALITÉS :

Le règlement des factures relatives aux prises en charge est soumis aux conditions suivantes :

- La facture doit être nominative et conforme aux informations indiquées sur la prise en charge.
- Toute facture doit être accompagnée :
 - ✓ D'une copie de la présente prise en charge, ✓
 - ✓ Des notes d'honoraires des praticiens, ✓
 - ✓ Du compte rendu et des justificatifs des actes pratiqués.
 - ✓ Du détail de la pharmacie, radiologie et biologie (sous pli fermé).
- Toute facture doit être obligatoirement signée par notre adhérent.
- Toute facture doit comporter l'IF, l'ICE et le RIB (24 chiffres) du prestataire.



N° Dossier: 177017 
N° Dossier externe: PEC-09492-27/09/2023
Type de dossier: DENTAIRE 
Bénéficiaire: ELHORRY MOHAMED
Situation: Notifié 
Sous-situation: --- 
Date de début: 27-09-2023 
Date de fin: 27-09-2023 
Date de saisie: 27-09-2023
Événement: 

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires ajoutés

Date	Commentaire
10-10-2023	09-10-2023 Manuel ACC D185 STEL INF 8 DENTS 47 46 45 42 41 31 32 37 S/R RX APRES DR ABOU ELMIR

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.

Radiologie 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 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



Déclaration de Maladie

M22- 0036567 *Dec*

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *9492* Société : *Casablanca*
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : *177027*
 Nom & Prénom : *ELHARRY Mohamed*
 Date de naissance : *01/01/1953*
 Adresse : *Lot Haj Fatch N° 132*
 Tél. : *06.65.03.42.29* Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : *Dr. ABDELNOUR AHIAN*
Chirurgien Dentiste
Lot Haj Fatch N° 52 - Casablanca - Tél: 05 22 93 41 33
 Date de consultation : *26/01/23*
 Nom et prénom du malade : *ELHARRY Mohamed* Age :
 Lien de parenté : *X* même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : *prothèse dentaire*
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : Le :/...../.....
 Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22- 0036567

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :
 Nom de l'adhérent(e) : *WOOOH*
 Total des frais engagés :
 Date de dépôt : *27/1/23*

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

A M P C I M I V

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

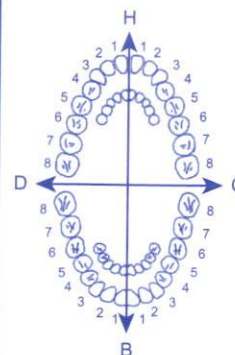
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

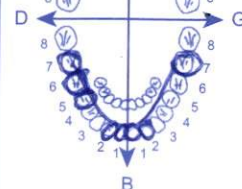
FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G
35533411 11433553
B

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Stellat du Bas
47-46-45-42
41-31-32-34
2240

CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Dr. ABOUELMIR Aniam
Chirurgien Dentiste
Lot Haj Fatch N°520 Oulfa
Casablanca - Tél: 05 22 93 41 21

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. ABOUELMIR Aniam
Chirurgien Dentiste
Lot Haj Fatch N°520 Oulfa
Casablanca - Tél: 05 22 93 41 33

022780000164000900646574

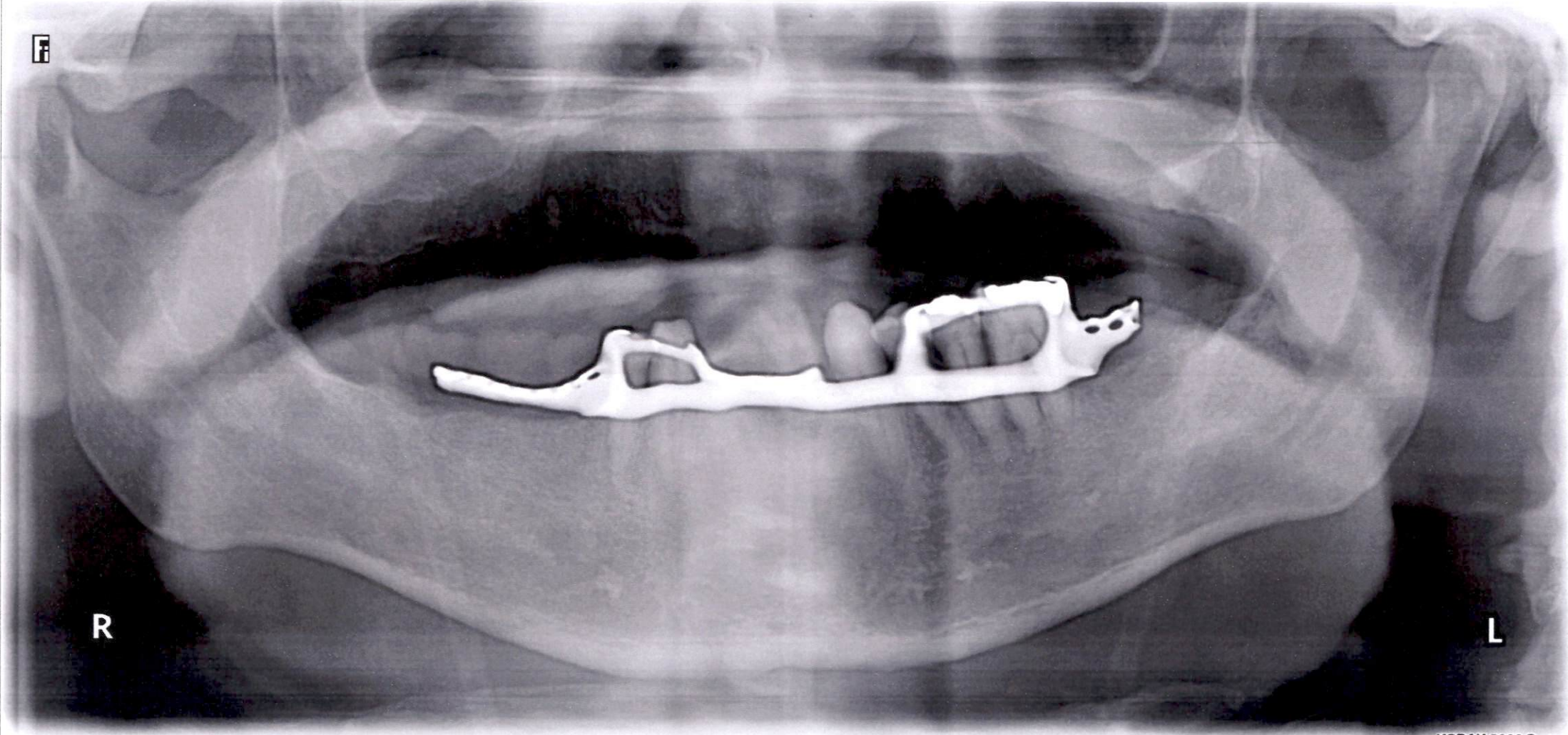
AHLAM. ABOUEL MIR

Dr. ABOUEL MIR Ahlam
Chirurgien Dentiste
Lot. Haj Fatch N°520 Oulfa
Casablanca - Tél: 05 22 93 41 33


Dr. ABOUEL MIR Ahlam
Chirurgien Dentiste
Lot. Haj Fatch N°520 Oulfa
Casablanca - Tél: 05 22 93 41 33

Rx APRÉ

~~Dr. ABUELMEHDI~~
Chirurgien Dentiste
Lot. Haj Fatch M. 200 Oulfa
Casablanca - Tél: 05 22 93 41 33

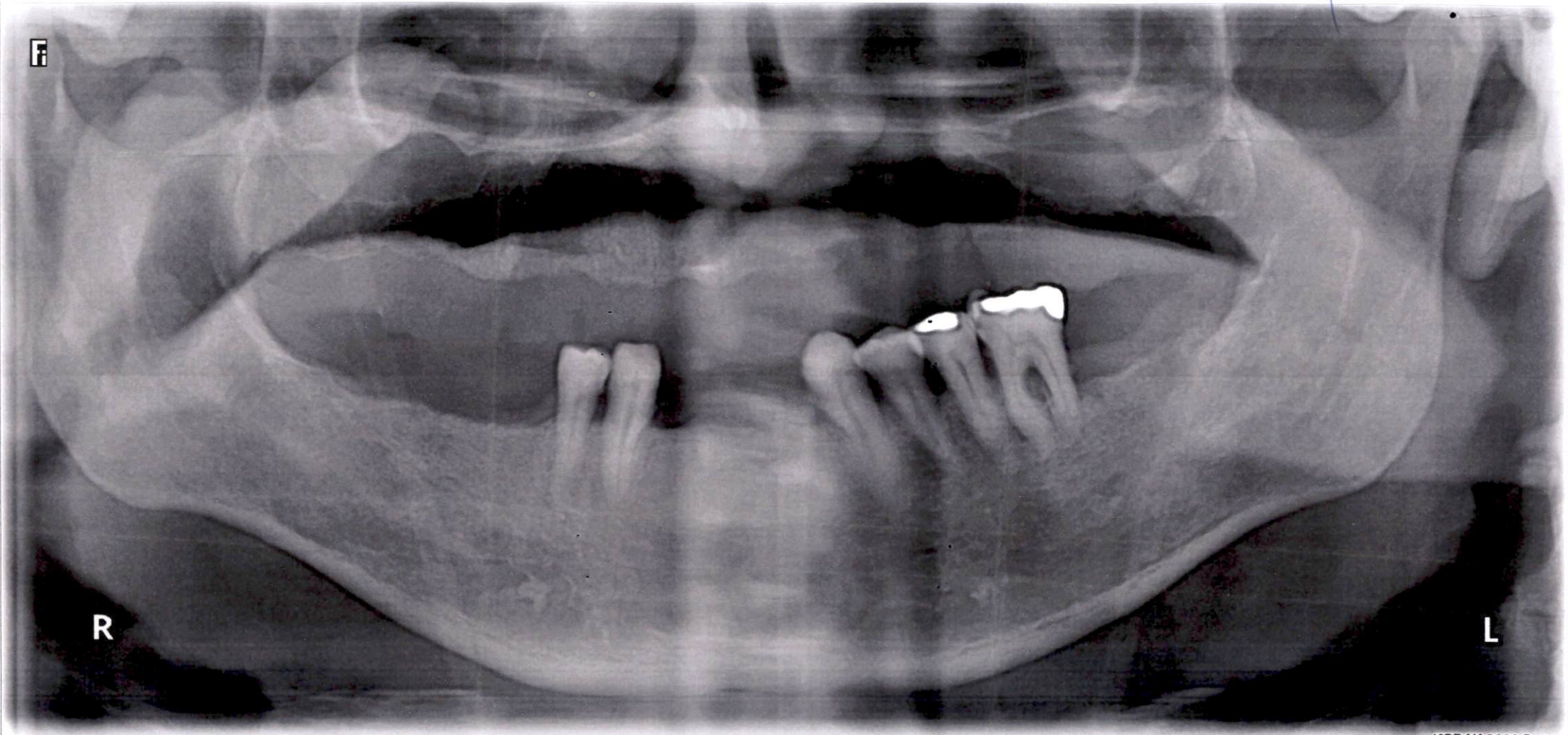


P180 83KV 12mA 13.93s Lin

KODAK 8000 System

Rx arc
prophese

Dr. ABQUELMIR Ahtam
Chirurgien Dentiste
Lot. Haj Fatah 2000 Oujda
Casablanca Tel 05 22 93 41 33



P180 81KV 12mA 13.93s Lin

KODAK 8000 System