



Cabinet Dentaire

Casablanca

Casablanca, le 27/11/2023

Patient(e): EL HORRY mohamed

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

Arrété le montant de la facture à la somme de

Quatre mille cinq cent

Signature du Praticien

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

REC'D/185

17761X

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.

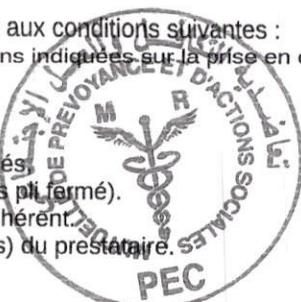
Veuillez agréer, Messieurs, l'assurance de nos sincères salutations.

 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.



14/05

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9492

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL HORRY Mohamed

Date de naissance : 01/01/1953

Adresse : Lot Haj Fateh N° 132

Tél. : 06.65.03.12.29 Total des frais engagés:

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/01/2013

Age:

EL HORRY Mohamed

Lien de parenté : Même

Conjoint

Nature de la maladie :

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) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

9492
177087
2 SEP 2013
C. NINIA

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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHERENT

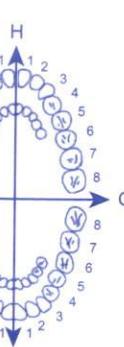
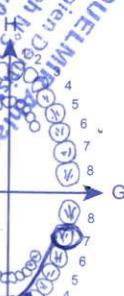
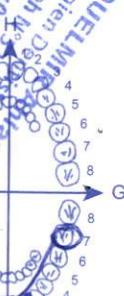
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				Début d'exécution
				Fin d'exécution
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
				
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
<i>Stellit du Bas</i> 47-46-45-42 41-35-32-37				
DATE DU DEVIS 25/09/23				
DATE DE L'EXECUTION Rx/M/21				

Dr. ABOU
VISA ET ACCEPTE DU PHATIDIEN ATTESTANT LE DEVIS
Chirurgien Dentiste
Lot Haj Fatch N°520 Oulfa
Casablanca - Tel: 05 22 92 41 21

VISA ET BACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION
DR. ABDELMIR Ahlam
Chirurgien Dentiste
Lot Haj Fethi N°520 Oulfa
Casablanca - Tél : 05 22 93 41 33

02278000016400900646574

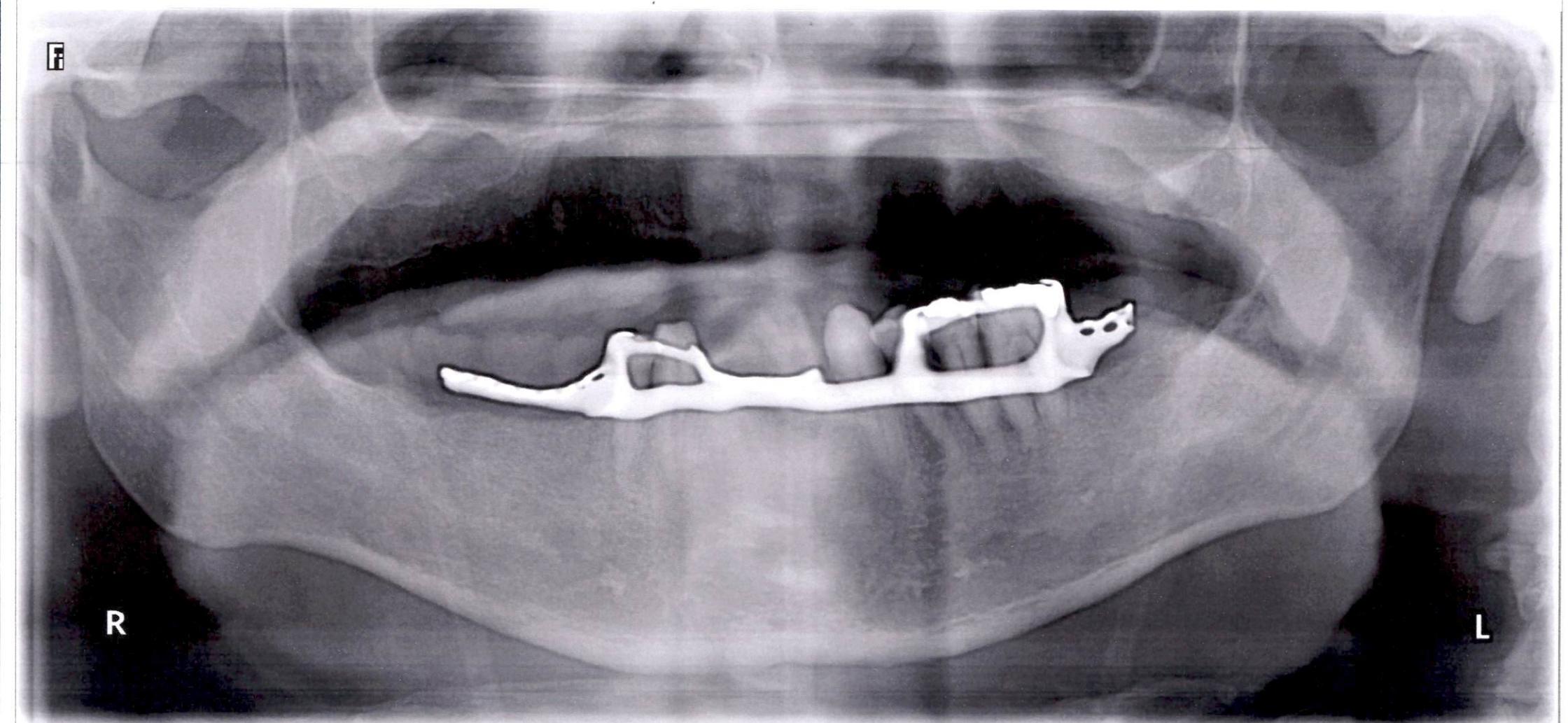
AHALAM·ABOUEL MIR

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

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

R x APR^{es}

~~Dr. ABOUELMER~~ ^{Antam}
Chirurgien Dentiste
Lot. Hajj Fath N° 520 Oulala
Casablanca - Tel: 05 22 93 41 33



KODAK 8000 System

P180 83KV 12mA 13.93s Lin

R

KODAK Dental Imaging Software V6, 12, 32, 0

Rx avec
prothese

Dr. ABOUELMIR Ahlam
Chirurgien Dentiste
Lot. Haj Feten N°59 Oued
Casablanca - Tel: 05 22 93 41 33



KODAK 8000 System

P180 81KV 12mA 13.93s Lin

R

KODAK Dental Imaging Software V6.12.32.0