

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

M23- N° 0037710

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1754 Société : HAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : LEZRAG LAHBIB
Date de naissance : 1947
Adresse : DERR MAZOLA RUE 4 PORTE 18 APPT 43
HAJ HASSANI CASABLANCA
Tél. : 06 65 854 674 Total des frais engagés : 150,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DR. HAMZA TAQUDI BENCHEKROUN
Angle Rue d'Irfi et Rond Point la Grande
25, Résidence Mariya B- 1^{er} étage, Casablanca
Tél. : 05 22 30 21 64
Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : LEZRAG LAHBIB Age : 76
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
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 : CASABLANCA Le : 12/02/2024
Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M23- N° 0037710

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 : 1754
Nom de l'adhérent(e) : LEZRAG
Total des frais engagés : 150,00
Date de dépôt : 12/02/2024


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
	12-02-24	Z16 R. pancramique	150,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

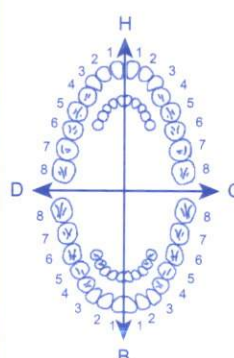
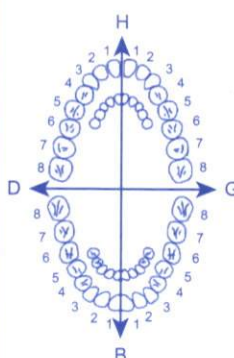
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>	
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VOLET ADHERENT

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

CENTRE DENTAIRE
LA GIRONDE
DR. HAMZA TAOUDI
BENCHEKROUN
DOCTEUR D'ETAT EN
MÉDECINE DENTAIRE



مركز طب الأسنان
لاجيرون
د. حمزة تاودي
بنتشكرون
دكتور الدولة في
طب الأسنان

- Parodontologie - Implantologie - Réhabilitation orale
(soins, prothèses, chirurgie,) - Blanchiment.

N° 1754

Casablanca le : 08/02/2024

Mm : LBZRAG LAHBIB

- Radio Panoramique

PROFESSEUR HAMED
Chirurgien Dentiste
Al Marja - Casablanca
et bd Abdelmoumen
Tél : 05 22 30 21 64 / 83



DR. HAMZA TAOUDI
BENCHEKROUN

Angle Rue d'Ifni et Rond Point la Gironde
25, Résidence Mariya B- 1^{er} étage, Casablanca
Tél.: 05 22 30 21 64

25، إقامة مارية B الطابق الاول - زاوية زنقة إفني ومدار لاجيرون - شارع لاجيرون
فوق المحافظة العقارية - الدار البيضاء - المغرب - الهاتف: 05 22 30 21 64

25, Résidence Mariya B - 1er étage, à l'Angle Rue d'Ifni et Rond Point la Gironde,
au dessus de la Conservation Fonciers Boulevard la Gironde, Casablanca - Maroc.
Tél. : 05 22 30 21 64 - E-mail : taoudi.hamza@gmail.com
Patente : 32607540 - I.F. : 40452077 - C.N.S.S. : 9340431 - ICE : 00195831100012

Dr BAITE Mohamed
Chirurgien Dentiste
301 Angle Bd Abdelmoumen
et Bd Anoual
3ème étage n°41
20000 casablanca Maroc

Tél: 05 22 86 53 86

ICE: 001668421000015

INP: 094027547

IF: 144498

N^{le} 1754

Baite
Professeur Radiologie Dentaire

Professeur BAITE Mohamed
Centre De Radiologie Dentaire

Note d'honoraire N°: 633-F-2024

Date : 12/02/2024

LEZRAG LAHBIB

Nom de l'acte	Code	Lettre clé+Coeff	Date	Dent(s)	Montant
PANO	Z16	Z 16	12/02/2024	Toutes	150,00 DH
TOTAL					150,00 DH

Mode reglement :

Arrêté le montant de la facture à la somme de :

Cent cinquante MAD

Signature du praticien

PROFESSEUR BAITE Mohamed
Chirurgien Dentiste
Al Marsa, Centre angle Bd Anoual
et bd Abdelmoumen 3ème étage N°41
Tel: 0522 86 53 86 / 83

m^{le} 1754

Professeur BAITE Mohamed

Chirurgien dentiste

- Ancien enseignant de la faculté de médecine de Casablanca
- Docteur en Médecine dentaire
- Certificat de biophysique des radiations et imagerie médicales Paris v
- Certificat d'études supérieures de technologie des matériaux employés en art dentaire Paris VII
- Diplôme universitaire de radiologie maxillo faciale Paris X
- Certificat d'études supérieures d'orthopédie dento facial Paris VII
- Diplôme d'implantologie oral DGZI GBOI German Board of oral implantologie Jordanie
- INPE:09.402.75.47/ ICE : 001668421000015/N° Patente : 36362364/IF :144498/n° CNSS:4157378

Casablanca le 12/02/2024

COMPTE RENDU DE LA RADIO PANORAMIQUE

LEZRAG LAHBIB

- Bridge CCM dento implanto porté 15-16-17.
- Bridge CCM sur la 11 à la 23.
- Edentation partiel maxillaire et mandibulaire.
- Absence de pathologie des bases osseuses.

PROFESSEUR BAITE Mohamed
Chirurgien dentiste
Al Miaraj Centre Anoual
et Bd Abdelmoumen étage N°41
Tel : 06 22 86 59 86

AL Miaraj centre 301, Angle Bd Abdelmoumen & Bd Anoual 3ème étage n°41 Casablanca

Tel : 06 22 86 59 86

Email: centredrbaite@gmail.com

m^{le} 1754

Professeur BAITE Mohamed

Chirurgien dentiste

- Ancien enseignant de la faculté de médecine de Casablanca
- Docteur en Médecine dentaire
- Certificat de biophysique des radiations et imagerie médicales Paris v
- Certificat d'études supérieures de technologie des matériaux employés en art dentaire Paris VII
- Diplôme universitaire de radiologie maxillo faciale Paris X
- Certificat d'études supérieures d'orthopédie dento faciale Paris VII
- Diplôme d'implantologie oral DGZI GBOI German Board of oral implantologie Jordanie
- INPE:09.402.75.47/ ICE : 001668421000015/N° Patente : 36362364/IF :144498/n° CNSS:4157378

Casablanca le12/02/2024

COMPTE RENDU DE LA RADIO PANORAMIQUE

LEZRAG LAHBIB

- Bridge CCM dento implanto porté 15-16-17.
- Bridge CCM sur la 11 à la 23.
- Edentation partiel maxillaire et mandibulaire.
- Absence de pathologie des bases osseuses.

PROFESSEUR BAITE Mohamed
Chirurgien dentiste
Al Miraj Centre Anoual
etud Abdelmoumen 3ème étage N°41
Tel : 05 22 86 59 86

AL Miraj centre 301, Angle Bd Abdelmoumen & Bd Anoual 3ème étage n°41 Casablanca

Tel : 05 22 86 59 86

Email: centredrbaite@gmail.com