

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

- 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

M23- N° 0030739

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8784- Société : RAM.

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 194470

Nom & Prénom : MERZAK RACHID,

Date de naissance : 25/05/1969.

Adresse :

Tél. : 064212246- Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Mohamed Amin Bennis
Chirurgien Dentiste
Rond point Dard Ghalef (Tad)
Angle Bd. Stendhal et George Sand
Rds. Centre Imm. G Appt. 71 Casablanca

Date de consultation : 14/05/24

Nom et prénom du malade : BELKACER HASNA Age:

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 : Date :

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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

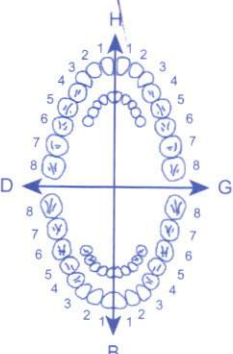
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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
	14, 15, 16	Traitement	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text" value="072"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="4000"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text" value="14/05/2014"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text" value="14/05/2014"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
		Predette	
		Surfaçage	
		a curage	
		Plat	
OD.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 D 00000000 00000000 G 00000000 00000000 B 35533411 11433553 (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



Centre Dentaire Stendhal

Dr. Mohamed Amin BENNIS

Dr. Mohamed Amin BENNIS

الدكتور محمد أمين بنيس

Diplôme de l'Université de Montpellier

Ancien attaché des Hôpitaux de Montpellier et Perpignan

- Chirurgie Buccale et Parodontologie
- Implantologie et Réhabilitation Orale
- Dentisterie esthétique

خريج كلية مونبولي

طبيب سابق بمستشفيات مونبولي و يربنيان

• جراحة الفم و أمراض اللثة

• زرع و تعويض الأسنان

• تحميل الأسنان

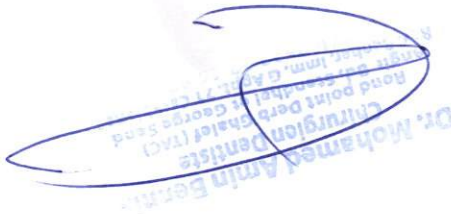
Casablanca le : 14/05/2024 : الدار البيضاء، في

Facture n° :

Nom et Prénom du patient :

B A Aoui HANA

Montant de la facture : 422,7 :
422,7



ركن شارع صوندال و جورج ساند، (مقابل نقل المدينة) إقامة بنير - عمارة (ج)، الشقة - 71 الدار البيضاء

Rond point Derb Ghalef (Madina Bus), Angle Bd. Stendhal et George Sand, Résidence Bender Imm G, App 71 - Casablanca

☎ (+212) 522 234 699 - Urgence : (+212) 668 62 51 51

31/01/2024 09:30:56
79,000 mGycm²
12,70 s
76,00 kV
5,00 mA

110
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10

