

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.

Déclaration de Maladie

N° W19-547347



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12654

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : NORY

Date de naissance : 3.01.04

Adresse :

Tél. : 0664723265

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/01/23

Nom et prénom du malade : NORY ABDELKEBIR

Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : ST du Docteur RAS

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

Signature de l'adhérent(e) :



Le : 10/01/2023

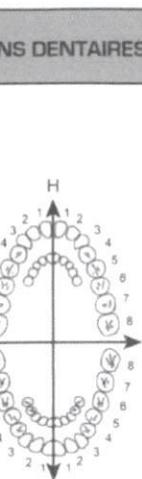
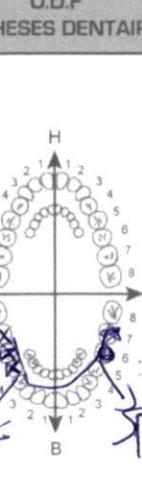
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : <input type="text"/>

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
RADIOLOGIE HAY MASSAN ANFA Communal Route Azemmour Abderrahman Casablanca 010 - 0622900707 03/05/23	2023-05-03	2 18	200,00 Dhs

10 Mai
8 Bd St Georges
75116 Paris

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <i>03408547</i>																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																
				MONTANTS DES SOINS																
				DEBUT D'EXECUTION																
				FIN D'EXECUTION																
				OD.F PROTHESSES DENTAIRES 																
				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
				H	25533412	21433552														
				D	00000000	00000000														
				B	35533411	11433553														
G																				
COEFFICIENT DES TRAVAUX : <i>D1201028</i> MONTANTS DES SOINS : <i>3000/100</i> DATE DU DEVIS : <i>14/01/2023</i> DATE DE L'EXECUTION : <i>10/09/2023</i>																				
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession ST du bas Si 4 dents 36, 37, 45, 46, 47																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS <i>Dr. Adel CHIBOURADA</i> <i>13, Bd Gouraud, 92110 Clichy</i> <i>Conc.-Tél: 01 41 11 21 21</i>																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION <i>Dr. Adel CHIBOURADA</i> <i>13, Bd Gouraud, 92110 Clichy</i> <i>Conc.-Tél: 01 41 11 21 21</i> <i>Oue</i>																				

CHIRURGIEN DENTISTE
CHIRURGIE - SOINS & PROTHESE
CHIRURGIE DENT DE SAGESSE
MALADIE DE LA GENCIVE
EXAMEN RADIOLOGIQUE



طبيب جراحي للأسنان
جراحة - علاج وصناعة الأسنان
جراحة أسنان العقل
أمراض اللثة
الفحص بالأشعة

Casablanca, le

19/04/2023

FACTURE

Nom : M^{me} Noury

Prénom : ABDELLKABIR

Nature des Travaux :

ST du bas. 36/37
45/46/47 Drax Dgo

Nature de l'Intervention :

.....
.....
.....

Montant de la Facture : 300000000000

Signature

Dr. A. ACHARI BERRADA
CHIRURGIEN DENTISTE
73, Bd Oued Daraâ 10000 Casablanca
TÉL./FAX: 022.93.17.34

ACC-10654-18-01-2023

DENTAIRE

NORY ABDELKEBIR

En attente

18-01-2023



18-01-2023



l'édition

Ajouter

stants [+]

Type	Commentaire
Manuel	ACC D170 stel inf 45 46 47 36 37 S/R RX APRES DR ADEL BERRADA

Dr Abdellatif BEN YOUSSEF
CHIRURGIEN
73, Bd Sidi Abderrahmane
Casablanca 10522 9010 07 07

RADIOLOGIE HAY HASSANI
ANFA
10, Imm. Communal Route d'Azemmour
el F. Sidi Abderrahmane - Casablanca
Tél. 0522 9010 10 / 0522 3007 07
ORDONNANCE

Le: 19/04/23

M. MERY - ABDELKHAIR

Radio Panoramique
S. M. P.

RADIOLOGIE HAY HASSANI
ANFA
0 Imm. Communal Route Azemmour
3 Bd Sidi Abderrahmane Casablanca
Tél. 0522 9010 10 - 0522 9007 07



Dr. O. Alami

Spécialiste en Radiologie
Lauréate de l'Université Nancy I
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

Dr. N. Faris

Spécialiste en Radiologie
Lauréate de l'Université Nancy I
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

Casablanca, le 03/05/2023

PATIENT : Mr. NORY ABDELKEBIR
EXAMEN(S) REALISE(S) : RX PANORAMIQUE

Cher Docteur,
Je vous remercie de nous avoir adressé votre patient dont voici le résultat de l'examen.

Rx PANORAMIQUE DENTAIRE

Examen fourni sur film, papier et DVD

- ❖ Parodontopathie horizontale évoluée et diffuse.
- ❖ Matériel prothétique au niveau mandibulaire.
- ❖ Inclusion subtotale de 48 qui est en mésioversion coronale, les racines restent loin du canal dentaire.
- ❖ Absence d'émergence de 18.
- ❖ Fines clartés péri apicales multiples, surtout au niveau du secteur mandibulaire médian.
- ❖ Les cuvettes maxillaires sont libres.
- ❖ ATM normales.

Confraternellement

RADIOLOGIE HAY HASSAN
ANFA
0, Imm Commune 10000 Casablanca
el Bd Sidi Abderrahmane - Casablanca
Tel: 05 22 90 10 10 05 22 90 07 07
Fax: 05 22 90 10 10 05 22 90 07 07

DR O. ALAMI

03/05/2023
Casablanca, le -----

Facture N° 1515/05/2023

Nom patient : NORY ABDELKEBIR

Examen(s) réalisé(s) : RX PANORAMIQUE

Date Examen(s) : 03/05/2023

Montant : 200 DH

Montant Produits : 0,00 DH

**ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
MONTANT TOTAL :
DEUX CENTS DIRHAMS**

10, Imm. Communal. Angle route d'Azemmour et Bd. Sidi Abderrahmane - Casablanca

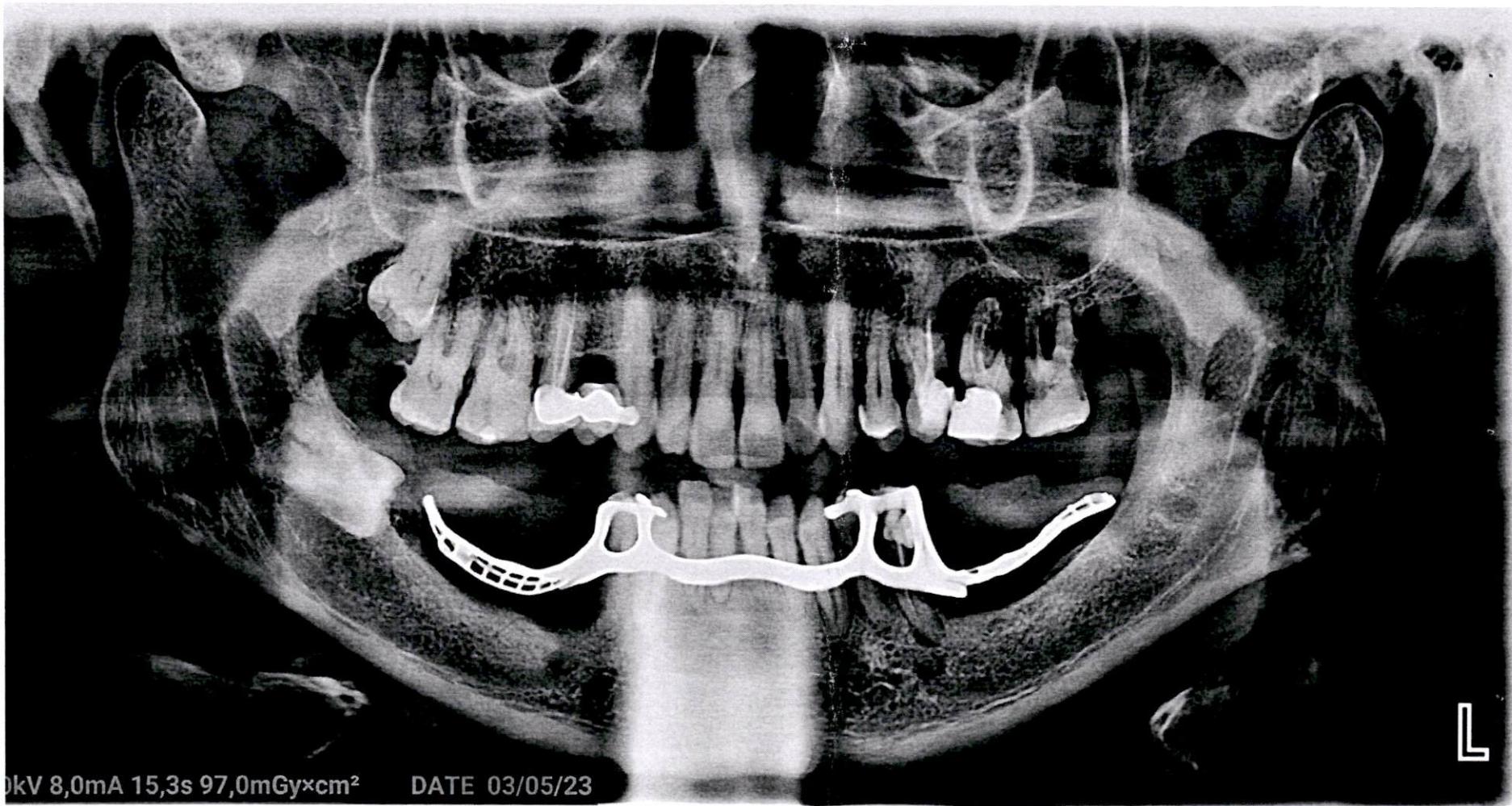
Tél. : 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07 - Fax : 05 22 93 37 13

Pantente : 35 00 38 66 - TVA : 73 39 10 - IF : 2221555 - ICE : 001686337000022

R
RHA

RADIOLOGIE
HAV HASSANI

NORY ABDELKEBIR



0kV 8,0mA 15,3s 97,0mGy×cm²

DATE 03/05/23