

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 canalaire, 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 canalaire.

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

N° M21- 070070

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8750 Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOURHABI LEILA

Date de naissance : 16/11/1982

Adresse : BOUSKOURA

Tél. : 06/4013482 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Naji DAOUDI
Chirurgien Dentiste
Résidence Abdelmoumen
rue Pasquier mm. 4, Apt. 4
Tél. : 022 22 78 75 - Casa

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Examen médical

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) :


Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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 |
|--|----------|-----------------------|
|  | 05/05/23 | 174,10 |

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 |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|---|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|
|  | 46 | Exo chirurgicale de 15mm + couronne perimylarite | D40 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | | | DETERMINATION DU CCOEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | |
|  | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> | | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | G | 00000000 | 00000000 | B | 35533411 | 11433553 | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |
| | H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | |
| | D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | |
| | G | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | |
| | B | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |

COEFFICIENT DES TRAVAUX

D40

MONTANTS DES SOINS

1000 dh
Nette de 1000 dh

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

5/05/23

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Abdelhak El Omari
Chirurgien-Dentiste
Résidence Abdelmoumen
rue Pasquier Ann. 4, Apt. 4
Tél : 922 21 78.75 - Casa

Bourhabisi LEILIA

After ExaC46


Docteur Michel DAVID
Chirurgien Dentiste
Résidence 2, rue Edmond
Pasquier 13014, Apt 4
Tél. 02.27.31.11.55



Dr DAOUDI Nabil

Chirurgien Dentiste

Spécialiste en Implantologie & Esthétique du sourire

Lauréat de la F.M.D.C

Ex attaché de l'Université Howard **WASHINGTON** D.C

Diplôme Universitaire d'implantologie de **TOULOUSE** France

Facture N°: 1509

Date : 05/05/2023

Bénéficiaire : Bourhabi Leila

BOURHABI LEILA

Email: leilabourhabi95@gmail.com

| Code | Description | Dents | Prix | Sous-total |
|------|---|-------|----------|------------|
| EAL | Exo alveolectomie de l'implant Réalisé sur 46 | | 1 000,00 | 1 000,00 |
| | | Total | | 1 000,00 |

Arrêté le présent document à la somme de :
mille dirham(s)

INP / 094011707

Docteur Nabil DAOUDI
Chirurgien Dentiste
Résidence Abdelmoumen
rue Pasquier Imm. 4, Apt. 4
Tel : 022.23.78.75 - Casab

236 Angle Bd Abdelmoumen et Rue Pasquier **CASABLANCA** Tel : 05 22 23 78 75

IF : 42202642 ICE:002190416000056 CNSS :7047162

cabinetdrdaoudi@gmail.com

Chirurgien Dentiste

Spécialiste en Implantologie & Esthétique du sourire

Diplômé de la F.M.D.C

Attaché de l'Université Howard WASHINGTON D.C

Diplôme Universitaire d'implantologie de TOULOUSE France

Casablanca le: 05/05/2023



BOURHABI LEILA

• BIRODOGYL

2 comprimés 2 fois par jour pendant 06 jours

• OROPOLIS baume

1 application sur la plaie 3 à 4 fois par jour pour une période de 10 jours.

• Conseils après chirurgie

- * Garder la compresse sur la plaie pendant 1/2 heure et avaler continuellement la salive sans cracher (la bouche doit rester sèche).
- * Ne pas toucher la plaie avec vos doigts ou avec la langue.
- * pas d'activité sportive pendant 24H.
- * Evitez les aliments chauds; acides ou piquants.
- * Ne pas fumer au moins pendant 24H.
- * Evitez la consommation d'Alcool pendant 24h.
- * Ne pas brosser les dents à proximité de la plaie (pas avant 48H).
- * Pas de bain de bouche avant 24H.
- * Evitez le bain chaud (hammam).

PHARMACIE EL OMARI A.B.C.

Dr Ilham El Omari

Bd. des Mouders, Km 114, Bouskoura
Casablanca - Tél: 05 22 59 00 39

Docteur Nabil DAOUDI
Chirurgien Dentiste
Résidence Abdoumoumen
rue Pasquier Im. 4, Apt. 4
Al. 114, 2070, 75 - Casa