

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	Société :
<i>697</i>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)
Nom & Prénom :	
<i>FATTAH NAIMA</i>	
Date de naissance :	
Adresse :	
<i>0602597605</i>	
Tél. :	Total des frais engagés :
Dhs	

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :	
Date de consultation :	/ /
Nom et prénom du malade :	
<i>M. BOUZAACHANE</i>	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même
Age:	
<input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie :	
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC Pathologie : <i>08 JUIN 2023</i>	
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) :



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

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
INPE: 10/06/2020 CENTRE DE RAYONNAGE Dr. Mohamed Aïn Sedda	10/06/23	215	200,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

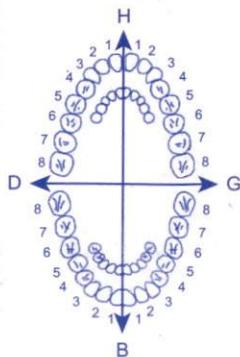
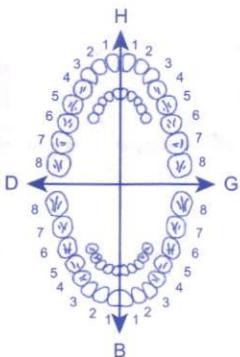
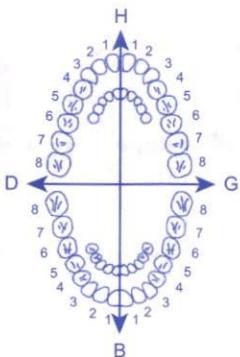
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
 216/23 Consultation CS				
 [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE	MONTANTS DES SOINS Gratuite DEBUT D'EXÉCUTION FIN D'EXÉCUTION CŒFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXÉCUTION	
 [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION	

CENTRE DE RADIOLOGIE RYANE

Dr. LEBBAR Khalil

Bd Baamrani AIN SEBAA Tél:0522768112

IF 40494831 ICE:001667575000062

F A C T U R E

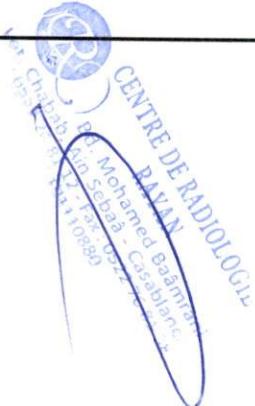
N° : 306021042
Du : 02/06/2023

Nom patient : Mme FETTAH NAIMA

Médecin prescripteur ; DrSANAE LAAMIRI

Examens	Cotation(Z)	Prix Dhs
PANORAMIQUE DENTAIRE	20	200,00
Total		200,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :
DEUX CENTS DIRHAMS



Radiologie Rayan



الفحص بالأشعة
الريان

Dr. Khalil LEBBAR

- Professeur Ass. de radiologie CHU (Rabat).
- Praticien certifié des hôpitaux Militaires du Val-de-Grâce (Paris).
- Ancien radiologue des hôpitaux Militaires des forces Armées Royales.
- Diplômé en radiodiagnostic et imagerie médicale de la faculté de Nancy

CASABLANCA LE : 02/06/2023

NOM ET PRENOM
PRESCRIPTEUR

Mme FETTAH NAIMA
Dr. SANAE LAAMIRI

RX PANORAMIQUE DENTAIRE

Absence de lésion osseuse focale.
Intégrité du canal dentaire.
ATM en place, d'aspect normal.
Clarté normale du fond des sinus maxillaires.

Confraternellement.
Dr LEBBAR

- **I.R.M 1,5 Tesla**
 - ~ Corps entier
- **Scanner 64 barrettes 3D**
 - ~ Angioscanner
 - ~ Biopsie Scanoguidée
 - ~ Arthroscanner
 - ~ Dentascanner
 - ~ Coloscanner
 - ~ Enteroscanner
- **Radiologie Numérisée**
- **Echographie**
 - ~ Doppler Vasculaire Artériel et Veineux
- **Mammographie - Tomosynthèse**
 - ~ Repérage stéréotaxique
- **Panoramique dentaire**
- **Osteodensitométrie.**

CABINET DENTAIRE SPÉCIALISÉ

LAAMIRI

Docteur Siham LAAMIRI

CHIRURGIEN DENTISTE

Lauréat de la Faculté de Médecine
Dentaire -Casablanca

Ex-Attachée au centre de consultation
et de traitement Dentaire - Casablanca



عيادة طب الأسنان متخصصة
لعميري
الدكتورة سهام لعميري
طبيبة جراحة للأسنان

خريجة كلية طب الأسنان - الدارالبيضاء
ملحقة سابقة بمركز فحص وعلاج الأسنان
الدارالبيضاء

Casablanca, le : ١٦٢٣

N^e Fettah Nouria
Fachir Panoramic

Dr LAAMIRI Siham
Chirurgien Dentiste
19,Rue El Fida Et Derb Fokara, 1er Etage
N°17-El Fida-Casablanca
Tel:0522238520

Dr. Khalil LEBDAR
CENTRE DE CHIRURGIE ORL
Dr. Khalil LEBDAR
RADIOLOGUE

شارع الفداء، درب الفقراء، زاوية زنقة ٥، رقم ١٧ الطابق الأول - الدارالبيضاء - الهاتف: ٠٥٢٢ ٨٢ ٨٥ ٢٩ - المحمول: ٩١ ٦٦ ٨٩ ٦٧ ٠٧

Bd. El Fida, Derb Fokara Angle Rue 5, N° 17 1^{er} Étage - Casablanca - Tél. : 05 22 82 85 29 - Gsm : 07 67 89 66 91

E-mail : drlaamirisiham@gmail.com البريد الإلكتروني :