

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.

M23- 021127

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2698 Société : 181353

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Boumra RIG La houcine

Date de naissance : Lot Sidi Abderrahmane Rue 29 N°6

Adresse : 02/07/1953

Tél. 0633529200 Total des frais engagés : 499 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Mohamed DAZINE
Chirurgien Dentiste
Bd. Mokhtar Ben Ahmed El Gareebi N° 240
El Quods Sidi Bernoussi Casablanca
Tel: 0522.73.82.24

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : A FRI DOU NAJAT Age : 53

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : gains dentaires

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 : CASA Le : 20/07/2022

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
Centre de Radiologie Ben Ali Bd. Oum Rbia Casablanca N°20 Tél: 05 22 33 66 73	20/05/10	100%	100,-

AUXILIAIRES MEDICAUX

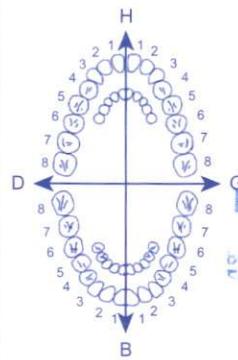
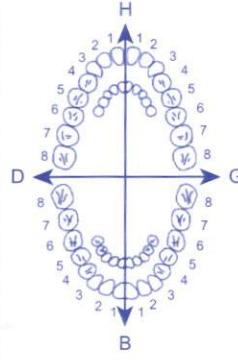
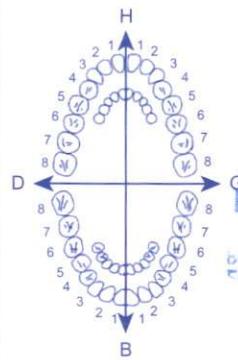
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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
	<i>W&L butte 20</i>	<i>Dr. Mohamed DAZINE</i> <i>Bd. Oum Rbia Casablanca N°240</i> <i>Dr. Mohamed DAZINE</i> <i>Bd. Sidi Remzi Casablanca</i>	<i>COEFFICIENT DES TRAVAUX</i>
	<i>Dr. Mohamed DAZINE</i> <i>Bd. Oum Rbia Casablanca N°240</i> <i>Dr. Mohamed DAZINE</i> <i>Bd. Sidi Remzi Casablanca</i>	<i>MONTANTS DES SOINS</i>	<i>DEBUT D'EXECUTION</i>
	<i>Dr. Mohamed DAZINE</i> <i>Bd. Oum Rbia Casablanca N°240</i> <i>Dr. Mohamed DAZINE</i> <i>Bd. Sidi Remzi Casablanca</i>	<i>FIN D'EXECUTION</i>	<i>COEFFICIENT DES TRAVAUX</i>
	<i>Dr. Mohamed DAZINE</i> <i>Bd. Oum Rbia Casablanca N°240</i> <i>Dr. Mohamed DAZINE</i> <i>Bd. Sidi Remzi Casablanca</i>	<i>MONTANTS DES SOINS</i>	<i>DATE DU DEVIS</i>
	<i>Dr. Mohamed DAZINE</i> <i>Bd. Oum Rbia Casablanca N°240</i> <i>Dr. Mohamed DAZINE</i> <i>Bd. Sidi Remzi Casablanca</i>	<i>DATE DE L'EXECUTION</i>	<i>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</i>

DETERRMINATION 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 L'EXECUTION

Dr. Mohamed DAZINE
Bd. Oum Rbia Casablanca N°240
Dr. Mohamed DAZINE
Bd. Sidi Remzi Casablanca

Dr. DAZINE Mohamed

Chirurgien dentiste

Bd. Mokhtar Ben Ahmed El Garnaoui
N° 240 Hay El Qods Bernoussi - Casa
Tél.: 0522.73.82.24

Casablanca, le : 05/06/2013

*Dr. Mohamed DAZINE
Chirurgien Dentiste
Bd. Mokhtar Ben Ahmed El Garnaoui N° 240
El Qods Sidi Bernoussi Casablanca
Tél: 0522.73.82.24*

الدكتور محمد دازين

طبيب جراحي للأسنان

شارع المختار بن أحمد الكرتاوي
رقم 240 حي القدس - الدار البيضاء
البيضاء - الهاتف: 0522.73.82.24

Name = AFRIDOU MAJAH

g8.-

- Acte 01 19 moulid

LOT : 5015

PER : 06-25

P.P.V : 99DH00

مولد

24/5

*Dr. Mohamed DAZINE
Chirurgien Dentiste
Bd. Mokhtar Ben Ahmed El Garnaoui N° 240
El Qods Sidi Bernoussi Casablanca
Tél: 0522.73.82.24*

Ph:

31/7

صيدلية

MOTAHIDA
Bld. Abderrahmane
Casablanca
Tel: 022.59.56.06

Dr DAZINE MOHAMED

Chirurgien Dentiste



الدكتور محمد دازين
طبيب جراح في الأسنان

شارع المختار بن أحمد الكرناوي رقم 240 حي القدس - البرنوسي - الدر البيضاء
Bd. Mokhtar Ben Ahmed El Garnaoui N° 240 Hay El Qods Bernoussi - Casablanca

Casablanca, le : 05.10.23

NOTE D'HONORAIRE N° :

Nom du patient : AFRIDOU NAGAT

La présente note d'honorai^re est arrêtée à la somme :

209 Pt

Cachet :
Dr. Mohamed DAZINE
Chirurgien Dentiste
Bd. Mokhtar Ben Ahmed El Darnaoui N° 240
El Gads Sidi Boughsissa Casablanca
13000 - T. 052 23 82 24

ICE : 001814261000050 / INPE : 094016714 / I.F : 53011300
E-mail : 052273.82.24

CENTRE DE RADIOLOGIE EL OULFA

Docteur Fatiha LASRI

Médecin Radiologue

Diplôme National de Spécialité.

Diplôme Inter-Universitaire spcialisé-Nancy II.

Ex médecin attaché des Hôpitaux de Londres & Amsterdam.

Docteur Bouchaib ELMDARI

Médecin Radiologue

Diplôme National de Spécialité.

Diplôme Inter-Universitaire spcialisé-Nancy II

Ex médecin attaché au CHU Ibn Rochd

Casablanca, le 05/10/2023

FACTURE N°09962/2023

NOM & PRENOM: AFRIDOU NAJAT

EXAMEN	Docteur Bouchaib ELMDARI
MONTANT	
RX. PANORAMIQUE	200 DH
TOTAL	200 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :DEUX CENTS DH TTC

Centre de Radiologie El Oulfa
Bd Oued Oum Rabii - Rue 50 N°2
Casablanca - 20220
Tél: 0522 93 04 93 / 05 22 93 05 93 / 05 22 93 32 99 - Fax 0522 93 563 Capital: 100 000, 00
Dhs - RC: SCP - TP: 37989156 - IF: 4049398 - ICE: 001581917000057
E-mail: radiologie-oulfa@.com