

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

181386

Optique Autres

RAM

Maladie Dentaire
Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09358

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

R CHID DRISS

Date de naissance :

05/03/73

Adresse :

4, Imb A55, Résidence Annam
OULFA, CASA

Tél. : 0663253595

Total des frais engagés : 4450,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

RCHID DRISS

Age:

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Conjoint
 Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

Dentaire

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 dans la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASA

Le : 17/10/13

Signature de l'adhérent(e) :



VOL 17/10/13

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 Pharmacien	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p>Dr. El HADDAOUY Khalid <i>Chirurgien Dentiste</i> 636, Bd. Oued Sabou ouka <i>(Terminal Bus N° 35</i> <i>Alancra - Tel: 022-90.29.10</i></p>	17/10/23	<p><i>Radic</i> <i>Pantacaine</i></p>	<p><i>23 #250 DHF</i></p>

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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	INP : 191013794
Dr. EL HADDOUI Khalid Chirurgie Dentaire 636, Bd. Oued Sapo oufita (Terminalus Bus N° 85) Casablanca - Maroc	H 1, 2 3, 4 5, 6 7, 8 9, 10 D B COP COP COP	46 CP D15#600DH# 47 CP D15#600DH# Débrouillage de 4#600DH# 45 CP D15#600DH# 24 CP D15#600DH# 36 CP D15#600DH# 37 CP D15#600DH#	COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION	191013794 1500 DH 14200 DH 17/10/23 27/10/23

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	<p>H</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table> <p>D G</p> <p>B</p>	25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553	<p>Coefficient des travaux</p> <p>Montants des soins</p> <p>Date du devis</p> <p>Date de l'exécution</p>
25533412	21433552											
00000000	00000000											
<hr/>												
00000000	00000000											
35533411	11433553											
<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

17/10/2023

RCHID DRISS

RX. PANORAMIQUE DENTAIRE

- Dentition incomplète.
- Transparence normale des sinus maxillaires.
- Intégrité des canaux mandibulaires
- Absence de lyse ou de condensation osseuse
- Les ATM sont d'aspect normal
- Lyse parodontale
- Présence des CCM
- Caries dentaires

Dr ELHADDAOUI Khalid

Dr. EL HADDAOUI Khalid
Chirurgien Dentiste
636, Bd. Oued Sabou oulfa
(Terminus Bus N° 35)
Casablanca - Tél: 022.90.29.10

36 Rue Oued Sebou Oulfa CASABLANCA Tel : 05 22 90 29 10
www.dentaire35.com

FACTURE

NOM PRENOM : RCHID DRISS

DATE : 17/10/2023

N° DENT	COTATION	DESCRIPTIF DES ACTES	PRIX
46	D15	COMPOSITE	600dhs
47	D15	COMPOSITE	600dhs
DET	D24	DETARTRAGE	600dhs
RADIO PANORAMIQUE	Z3	RADIO PANORAMIQUE	250 dhs

Montant Total des honoraires arrêté à la somme de :	DEUX MILLE CINQUANTE DIRHAMS	2050 dhs
---	------------------------------	----------

Dr. EL HADDAOUI Khalid
Chirurgien Dentiste
636 Bd. Oued Sabou ouifa
(Terminus Bus N° 35)
Casablanca - Tel: 022.90.29.10

FACTURE

NOM PRENOM : RCHID DRISS

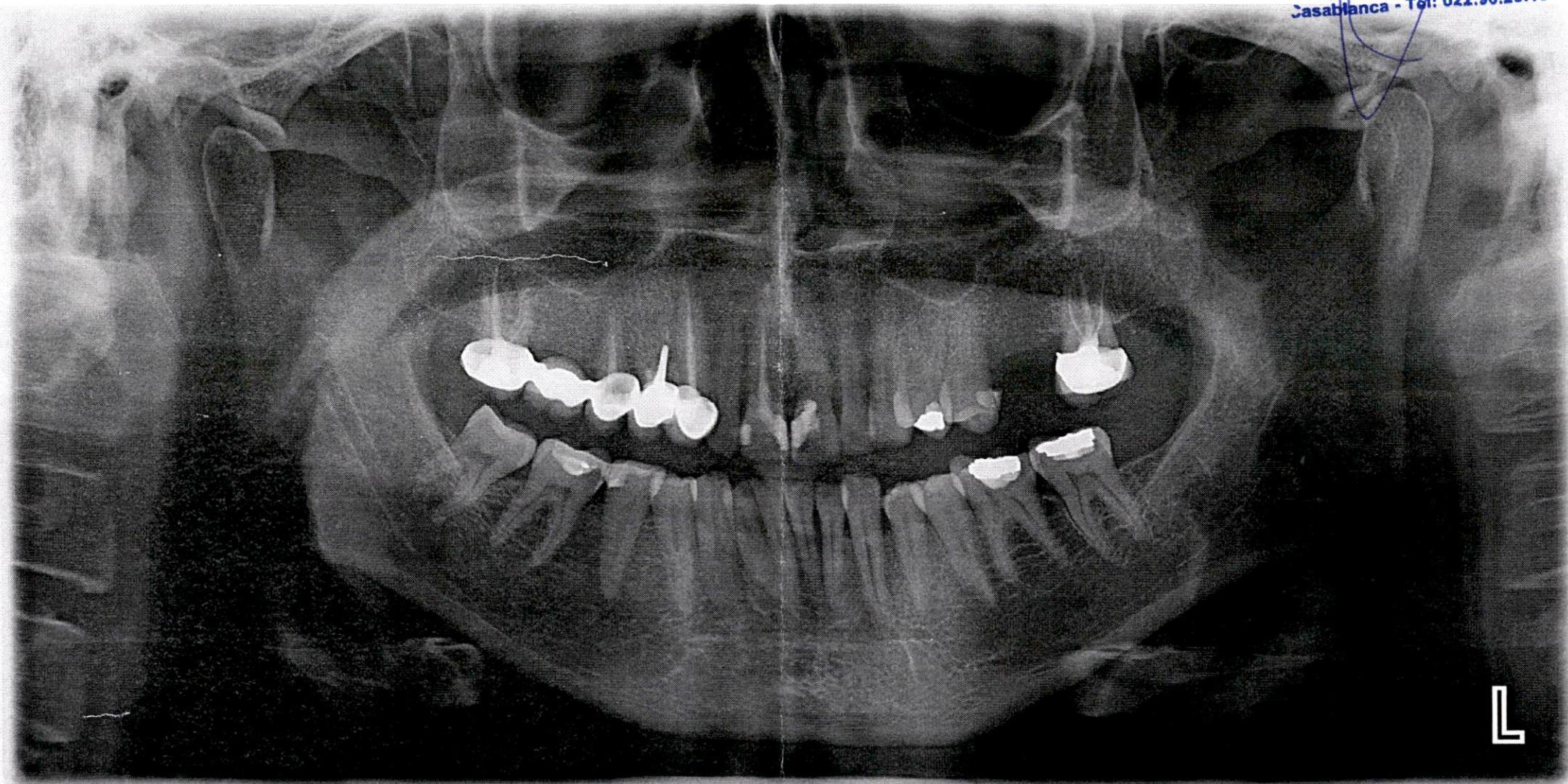
DATE : 27/10/2023

N° DENT	COTATION	DESCRIPTIF DES ACTES	PRIX
45	D15	COMPOSITE	600dhs
24	D15	COMPOSITE	600dhs
36	D15	COMPOSITE	600dhs
37	D15	COMPOSITE	600dhs

Montant Total des honoraires arrêté à la somme de :	DEUX MILLE QUATRE CENT DIRHAMS	2400 dhs
---	--------------------------------	----------

*Dr. El HADDAOUI Khalid
Chirurgien Dentiste
636, Bd. Oued Sebou ouifa
(Tempibus Bus N° 35)
Casablanca - Tel: 022.90.29.10*

Dr. EL HADDAOUI Khalid
Chirurgien Dentiste
636, Bd. Oued Sabou oulfa
(Terminal Bus N° 35)
Casablanca - Tél: 022.90.29.10



L

482 : Rchid Driss

17/10/23 68.0kV 13.0mA 15.8s 165.4mGy*cm²

Provider Default