

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Déclaration de Maladie

M23-012845

183917

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1678 Société : RATT Van Radio

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

OKhantaz fath

Red. radio 482916

Date de naissance :

19/11/01/01

Adresse : Hay El huda Rue 30 n° 11 Casab

Tél. : 06 61 60 97 21

Total des frais engagés : 200,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/11/2023

Nom et prénom du malade : Dr. OKhantaz fath Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Consultation

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 :

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 - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
DR. SENNANI Radiologue	21/11/23	100 % Panoramique	200 Dhs.

### AUXILIAIRES MEDICAUX

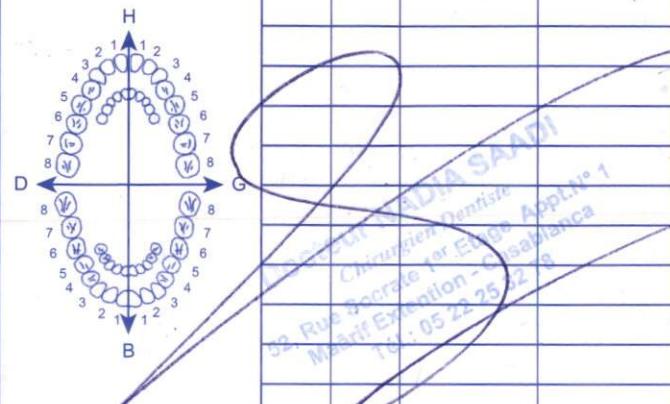
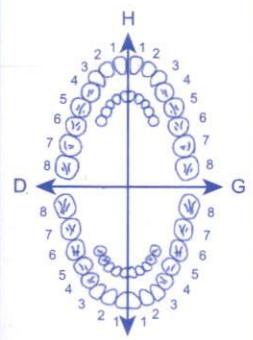
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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												
															
CCOEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Cp</span> MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">500</span> DEBUT D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">21/11/23</span> FIN D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></span>															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 															
DETERMINATION DU CCOEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	00000000	00000000													
G	35533411	11433553													
CCOEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></span> MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></span> DATE DU DEVIS <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></span> DATE DE L'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></span>															
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION															



# الفحص بالأشعة سocrates RADIOLOGIE SOCRATE

الدكتور محمد بلقاضي العباسي  
Dr. Mohammed BELCADI ABASSI

الدكتور جمال بناني  
Dr. Jamal BENNANI

Casablanca, le : 21/11/23

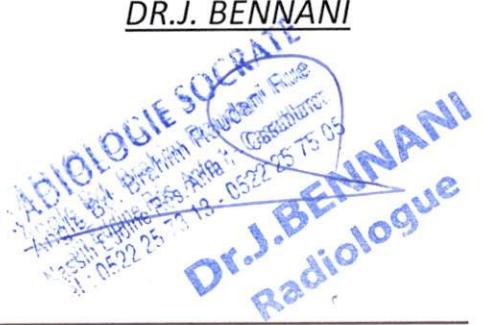
NOM : MKHANTAR  
PRENOM : FATNA  
MEDECIN TRAITANT : DR ; SAADI Nadia

## Panoramique dentaire

- Pour bilan dentaire .
- Absence de granulome apical ou de kyste radiculaire.
- Absence de lésion osseuse focale.

## CONFRATERNELLEMENT

DR.J. BENNANI



# **RADIOLOGIE SOCRATE**

**FACTURE N°02786/23**

**CASA LE 21.11.23**

**Nom & prénom : MKHANTAR FATNA**

Examens	Prix
Rx ; panoramique	200.00
<b>TOTAL :</b>	<b>200.00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
Deux cent dirhams.

Angle Bd Brahim Roudani et Rue Nassih Eddine-Résidence ANFA1  
Casa.0522.25.73.13-0522.25.75.05 Patente:35803986 TVA. 817743  
R.C. 79363 I.F. 01003328 CNSS:2626036 ICE : 001321320000087

*RADIOLOGIE SOCRATE  
Angle Bd Brahim Roudani et Rue Nassih Eddine-Résidence ANFA1  
Casa.0522.25.73.13-0522.25.75.05 Patente:35803986 TVA. 817743  
R.C. 79363 I.F. 01003328 CNSS:2626036 ICE : 001321320000087*



Docteur NADIA SAADI

الدكتورة نادية سعدي

Chirurgien Dentiste

Casablanca, le : 21/11/2023

D<sup>r</sup> Akhanta Fatna

Rx panos ifur



**RADIOLOGIE SOCRATE**  
Anfa B1, Brahim Roudani Rue  
Messaoud Eddine Al Amri - Casablanca  
Tél.: 0522237713 - 0522257577

52, Rue Socrate 1<sup>er</sup> Etage Appt.N° 1 Maârif Extention - Casablanca  
Tél.: 05 22 25 32 78 - E-mail : cabinet.drsadinadia@gmail.com