

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8334

Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ETTAHALI - MOHAMED

AGOZZO

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0662360713 Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR Mohammed EDDAIF
Chirurgien Dentiste
240, Bd Ibnou Sina - Casablanca
Tél: 0522 94 04 40-0663 09 54 71

Date de consultation : 04/01/2024

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : soins dentaires

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 : 04/01/2024

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
<i>Dr. BENTRICHET 214, Bd. Ibnou Sina Tél. 022 76 04 749</i>	05/01/24	245.40 Dh

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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.

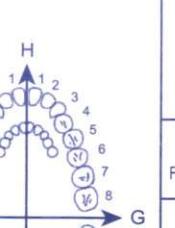
Important :

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	
		Détartrage	012	
		Bilan	256	COEFFICIENT DES TRAVAUX
		radiologique		
		surfagage HV		
		radiculaire maxillaire		MONTANTS DES SOINS
		surfagage IHV		
		radiculaire mandibulaire		DTB 5700,00
				DEBUT D'EXECUTION
				2/1/2024
				FIN D'EXECUTION
				6/1/2024

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	<p>H</p> <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table> <p>D</p> <p>G</p> <p>B</p>	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DATE DU DEVIS</p> <p>DATE DE L'EXECUTION</p>
25533412	21433552									
00000000	00000000									
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

Spécialiste en chirurgie buccale et en implantologie

Ancien médecin interne

Diplôme d'études supérieures en chirurgie buccale

D.U d'implantologie chirurgicale et prothétique

D.I.U pathologie de la muqueuse buccale

C.E.S en chirurgie buccale

C.E.S en prothèse fixée (Université Paris V)

PPV : 103,60 DH
LOT : 652402
PER : 03/25

Casablan

ORDONNANCE

M. Mohamed ETTAHALI

103.60

1. CLAMOXIL 1 g (Comprimés)



1 comprimé 2 fois par jour pendant 10 jours.

49.80

2. FLAGYL 500 mg (Comprimés)



1 comprimé 3 fois par jour pendant 10 jours.

14.00

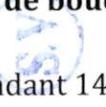
3. DOLIPRANE 1000mg (Comprimés)



1 comprimé en cas de douleurs. Ne pas dépasser 4 comprimés par jour.

82.00

4. PERIO AID INTENSIVE CARE (Bain de bouche)



En rinçage buccal 2 fois par jour pendant 14 jours.

249.40



Dr Mohammed EDDAIF

Dr Mohammed EDDAIF
Chirurgien Dentiste
240, Bd Ibnou Sina - Casablanca
Tél: 0522 94 84 40-0663 09 54 71

Dr. Mohammed EDDAIF

Spécialiste en chirurgie buccale et en implantologie

Ancien médecin interne du CHU IBN ROCHD

Diplôme d'études supérieures en chirurgie buccale (Université Paris VII)

D.U d'implantologie chirurgicale et prothétique (Université Paris VII)

D.I.U pathologie de la muqueuse buccale (Université Paris VI)

C.E.S en chirurgie buccale (Université Paris VII)

C.E.S en prothèse fixée (Université Paris V)

**ME DENTAL CLINIC**

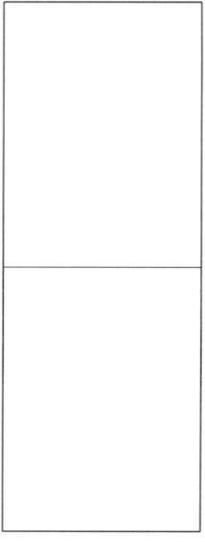
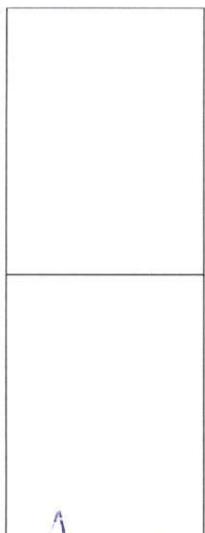
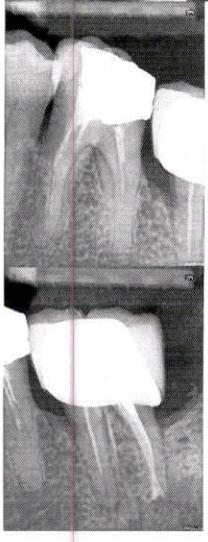
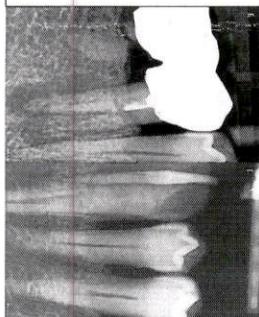
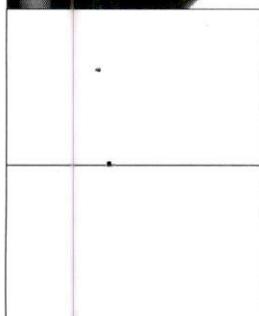
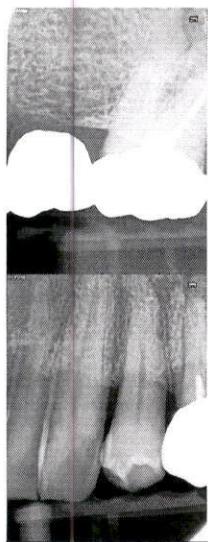
Casablanca, le 06 janvier 2024

Note d'honoraire N° : 497 - 2023Patient : ETTAHALI MOHAMED

Date(s)	Libellé des actes de la nomenclature	Dents	Honoraires
02/01/2024	Détartrage		700,00 DH
02/01/2024	Bilan Radio		1000,00 DH
05/01/2024	Surfacage Radiculaire /Maxillaire		2 000,00 DH
06/01/2024	Surfacage Radiculaire /Mandibulaire		2 000,00 DH
Total du traitement			5 700,00 Dhs

Arrêté la présente facture à la somme de cinq mille sept cent dirhams**Signature**

Dr Mohammed EDDAIF
Chirurgien Dentiste
240 Bd IBNOU SINA - Casablanca
Tél: 0522 54 44 40-0663 09 54 71



Dr Mohammed EDDAIF
Chirurgien Dentiste
Casablanca
2100, Bd Ibn Khaldoun, 10
Tel: 0522 94 80 663 / 54 71

