

## 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

09736

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

ELHAROVICHI SOUA P

Date de naissance :

13.10.1969

Adresse :

Tél. : 0662284942

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Angle de Rue Mohamed et Rte  
d'Assouan au N° 6 - Casablanca  
Tél : 0522 90 98 35/0522 91 50 89

Cachet du médecin :

Date de consultation :

04.11.2023

Nom et prénom du malade :

EL HAROUCHE SOUA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Enfant

Nature de la maladie :

Actus et postlées cardiaques

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

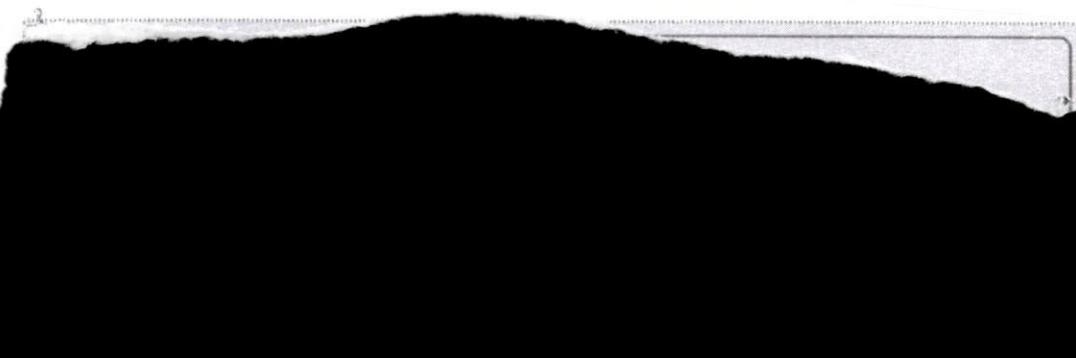
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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
.....	.....	.....	.....	INP : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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 Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
RADIOLOGIE HASSAN ANFA 10, 1mm Communal Route d'Azemmour Bd. Sidi Abderrahmane - Casablanca 22 90 10 10 / 05 22 90 10 11 23		Z 20	200,00

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
.....						.....	
.....						.....	
.....						.....	
.....						.....	
.....						.....	

VIOLET ADHESIVE

## **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'ODDF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 94014(0)
	25, 37, 38, 48	Salivation, Salivation, Salivation, Gingival	1/2	COEFFICIENT DES TRAVAUX D64
		Relaxation, Relaxation	1/2 + 1/2	MONTANTS DES SOINS 1600,-
		(2 x 80)		DEBUT D'EXECUTION [ ]
				FIN D'EXECUTION [ ]
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000	G	COEFFICIENT DES TRAVAUX D1260
D	00000000 35533411	21433552 00000000	B	MONTANTS DES SOINS 25.600,-
				DATE DU DEVIS 04.11.23
				DATE DE L'EXECUTION [ ]

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**  
**Dr. M. A. J. A. P. Rachid**  
**Chirurgien Dentiste**  
Angle Bd Abdellah Lamrani et Rte  
d'Azemmour N° 6 - Casablanca  
Tél : 0522 90 98 35 / 0522 91 50 89

**Docteur Rachid TOUIJAR**  
Chirurgien Dentiste

**الدكتور رشيد تويجر**  
**طبيب جراحي للأسنان**

CASABLANCA ,LE : 04/11/2023

*Madame EL HAROUCHI SOUAD*

*RADIO PANORAMIQUE*

**Dr TOUIJAR Rachid**  
Chirurgien Dentiste  
Angle Bd Abderrahmane et Rte  
d'Azemmour Casablanca  
Tél: 0522 90 98 35 / 0522 91 50 89

Angle Bd, Sidi Abderrahmane et Route d'Azemmour - 2<sup>ème</sup> étage N° 6 - Hay Hassani  
Casablanca - Tél.: 05 22 90 98 35 / 05 22 91 50 89 - Patente N° 35003930  
I.F : 51465556 - I.C.E. : 001743599000031



مركز الفحص بالأشعة  
”حي الحسني - أنفا“

RF 12001500

04/11/2023  
Casablanca, le .....

Facture N° 3485/11/2023

Nom patient : EL HAROUCHI SOUAD

Examen(s) réalisé(s) : RX PANORAMIQUE

Date Examen(s) : 04/11/2023

Montant : 200 DH

Montant Produits : 0,00 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
MONTANT TOTAL :  
**DEUX CENTS DIRHAMS**

RADIOLOGIE HAY HASSANI  
ANFA

10, Imm. Communal Route d'Azemmour  
et Bd. Sidi Abderrahmane - Casablanca  
Tél. : 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07

10, Imm. Communal. Angle route d'Azemmour et Bd. Sidi Abderrahmane - Casablanca

Tél. : 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07 - Fax : 05 22 93 37 13

Pantente : 35 00 38 66 - TVA : 73 39 10 - ICE : 001686337000022



*Dr. O. Alami*

Spécialiste en Radiologie  
Lauréate de l'Université Nancy I  
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

*Dr N. Faris*

Spécialiste en Radiologie  
Lauréate de l'Université Nancy I  
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

Casablanca , le 04/11/2023

PATIENT : Mme. EL HAROUCHI SOUAD  
MEDECIN TRAITANT : DR TOUIJAR RACHID  
EXAMEN(S) REALISE(S) : RX PANORAMIQUE

Cher Docteur,  
Je vous remercie de nous avoir adressé votre patiente dont voici le résultat de l'examen.

### Rx PANORAMIQUE DENTAIRE

### Examen fourni sur film, papier et DVD

- ❖ ATM normales.
- ❖ Les cuvettes maxillaires sont libres.
- ❖ Parodontopathie diffuse.
- ❖ Discrète clarté péri-apicale de 21.
- ❖ clarté péri-apicale de 37.

Confraternellement

**DR N.FARIS**

RADIO PANORAMIQUE DENTAIRE NUMÉRISÉE

DOPPLER COULEUR ET ENERGIE

**R**

RADIOLOGIE  
НАУ НАССАНІ

EL HAROUCHI SOUAD



0kV 8,0mA 15,8s 100,4mGy×cm<sup>2</sup>

DATE 04/11/23