

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 canaux, 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 canaux.

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horizon - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-826432

Pour Bomb
R

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

09736

Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

ELHAROUCHI SOUAD

Date de naissance :

13.10.1969

Adresse :

Tél. : 0662284942

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. TOUJAR Rachid
Angle de Abderrahmane et Rte
d'Azemmour N° 6 - Casablanca
Tél : 0522 90 98 35/0522 91 50 89

Date de consultation :

04.11.2023

Nom et prénom du malade :

EL HAROUCHI SOUAD

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ 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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

| RELEVÉ 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 : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| 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 HAY MASSAM ANFA 10, 1mm Communal Route d'Azemmour et Bd. Sidi Abderrahmane - Casablanca Tél: 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07 | 04.11.23 | 20 | 200,00 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| RELEVÉ 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 : 9401410 |
| | 25 | salon | 1/2 | COEFFICIENT DES TRAVAUX 264 |
| | 37 | salon | 1/2 | |
| | 38 | salon | 1/2 | MONTANTS DES SOINS 1609,00 |
| | 48 | salon | 1/2 | |
| | | 2x60 | 1/2 | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX 2260 |
| | H 25533412 21433562 00000000 00000000 D 00000000 G 00000000 35533411 11433553 B | | | |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | |
| | - 30x24-X-260 | | | MONTANTS DES SOINS 25.200,00 |
| | - 10x44 180 | | | |
| | - 30x45-X-47 | | | DATE DU DEVIS 04.11.23 |
| | 240 | | | DATE DE L'EXECUTION |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
Dr. TOUFIK Rachid
 Chirurgien Dentiste
 Angle Bd Abdoussmane et Rte
 d'Azemmour N°6 - Casablanca
 Tél: 0522 90 96 35/0522 91 50 89

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Rachid TOUIJAR
Chirurgien Dentiste

الدكتور رشيد تويجر
طبيب جراحى 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

Casablanca, le 04/11/2023

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

(Signature)

R
A
D
I
O

P
A
N
O
R
A
M
I
Q
U
E

D
E
N
T
A
I
R
E

N
U
M
É
R
I
S
É
E

D
O
P
P
L
E
R

C
O
U
L
E
U
R

E
T

E
N
E
R
G
I
E



RADIOLOGIE
HAY HASSANI

EL HAROUCHI SOUAD

