

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

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

M23-0018885

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **2834**

Société : **Royal air MAROC**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **FOUADH MOURAD**

Date de naissance : **17/10/150**

Adresse : **LOT 71 LOTissement LAYMOUNE CASA**

Tél. : **06 71 83 45 15** Total des frais engagés : **4300,00 Dhs**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **29/11/2023**

Nom et prénom du malade : **Fouad Mourad** Age : **24 ans**

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **SOINS DENTIERS**

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : **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 : **CASA** Le : **04/12/2023**

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 - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. DAMI Khellid Spécialiste en Radiologie Imagerie Médicale Tél. : 05 22 58 10 16	04.12.23	Radiologie	200,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

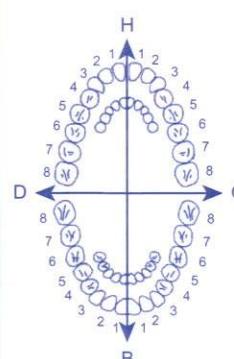
Important:

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	-
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. DAMI Khalid
SPÉCIALISTE EN RADIOLOGIE



الدكتور دامي خالد
اختصاصي في الفحص بالأشعة

04/12/2023

Casablanca, le :

PATIENT : FOUADH MOURAD
 MEDECIN TRAITANT : DR BADR TAHIRI HASSANI
 EXAMEN(S) REALISE(S) : RX PANORAMIQUE

Compte Rendu d'Examen

Parodontal-alvéolyse diffuse

Respect du canal mandibulaire

Sinus maxillaires libres

ATM d'aspect normal

Merci de votre confiance.

Dr. DAMI KHALID
Spécialiste en Radiologie
Imagerie Médicale
Tél. : 05 22 58 10 16

SCANNER MULTIBARETTES 32 COUPES - RADIOLOGIE NUMERISÉE - MAMMOGRAPHIE NUMERISÉE
 ECHOGRAPHIE - DOPPLER COULEUR - PANORAMIQUE DENTAIRE
 TÉLÉRADIOGRAPHIE - IRM SUR RENDEZ-VOUS

Lotissement Belle vue, Villa 76, Près de Casa Nearshore, Boulevard Al Qods, Sidi Maârouf - Casablanca
 فيلا 76، تجزئة المستقبل، قرب كازا نيرشور، شارع القدس، سيدي معروف - الدار البيضاء
 Tél. : 05.22.58.10.16 - Email : khalid.dami@gmail.com

Dr. DAMI Khalid

SPÉCIALISTE EN RADIOLOGIE

الدكتور دامي خالد

إختصاصي في الفحص بالأشعة

Casablanca, le 04/12/2023

FACTURE N° 25439/2024

NOM & PRENOM : FOÜADH MOURAD

EXAMEN	MONTANT
RX PANORAMIQUE	deux cents (200 DH)
TOTAL	200 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de deux cents (200 DH) DHTTC

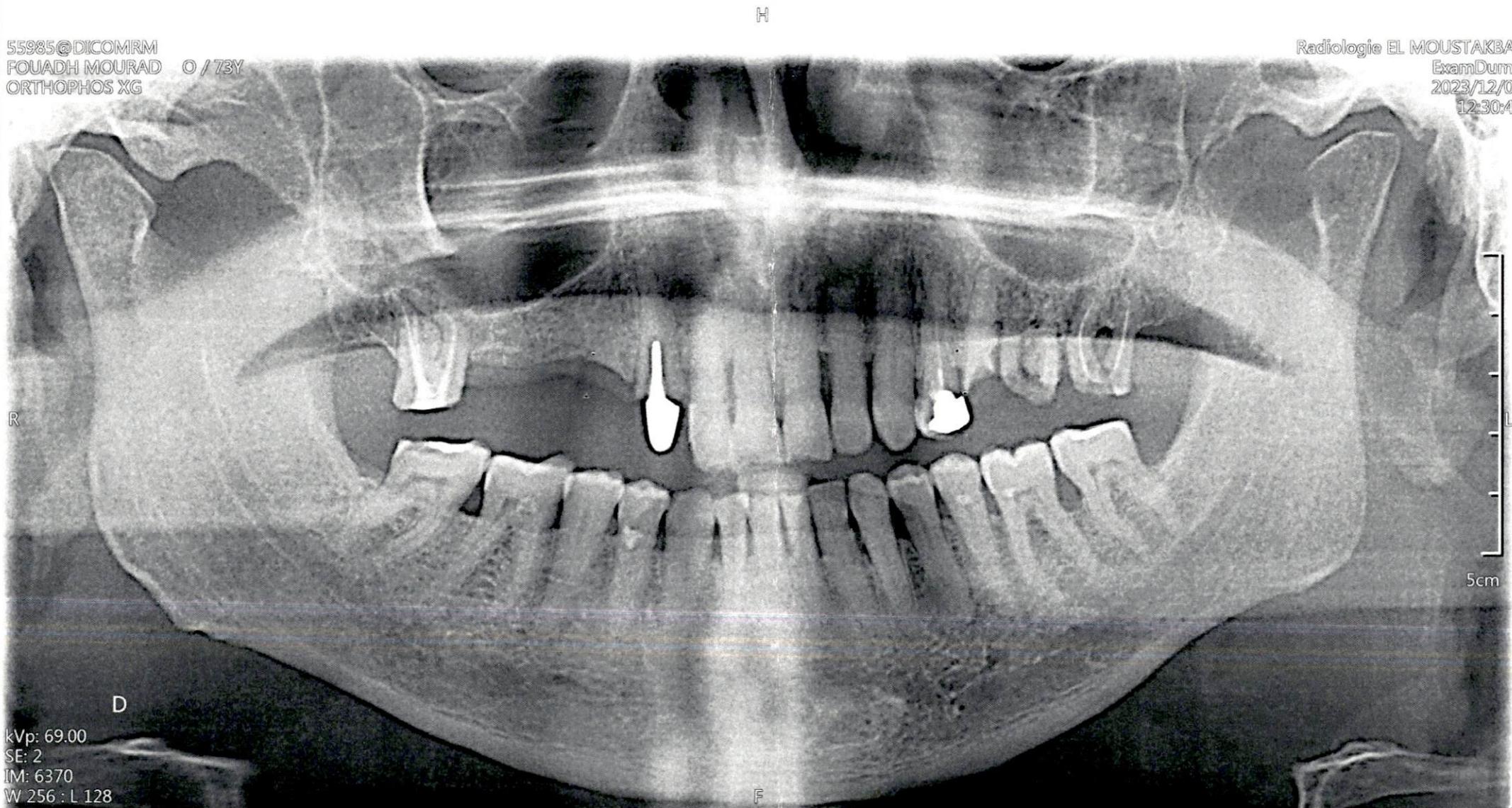
Dr. DAMI Khalid
 Spécialiste en Radiologie
 Imagerie Médicale
 Tél. : 05 22 58 10 16

INFORMATIONS

LOT BELLE VUE N°76 BVD EL QODS SIDI MAAROUF/0522581016/EMAIL/ PATENTE : 36101452
 INPE : 091036046 / ICE : 002228941000012 / CNSS : 1308103 / RC: 428949 / IF : 34422052

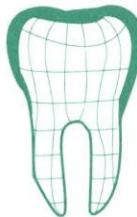
55985@DICOMRM
FOUADH MOURAD 0 / 73Y
ORTHOPHOS XG

Radiologie EL MOUSTAKBAL
ExamDump
2023/12/04
12:30:48



Cabinet Dentaire

Docteur Badr TAHIRI HASSANI
Doctorat en Médecine Dentaire
de la F.M.D. Casablanca
Ex-Médecin Interne au C.H.U. Ibn Rochd



عيادة طب الأسنان

الدكتور طاهري حسني بدر
جراح كلية طب الأسنان بالدار البيضاء

طبيب داخلي سابق بالمركز الاستشفائي
الجامعي ابن رشد

Le : ٢٩ / ١١ / ٢٠٢٣

Fond Mou Rad

٢٠٢٣ . ٢٩ دجنبر

Dr TAHIRI HASSANI Badr
Chirurgien Dentiste
Lotissement EL WAHDA 1 n° 40 1er étage
Deroua - Tél/Fax : 0522.53.22.32

Dr. DAVID KHALED
Spécialiste en Radiologie
Imagerie Médicale
Tél. : 05 22 58 10 16

تجزئة الوحدة I رقم 40 الطابق الأول دروة
Lotissement EL WAHDA 1 N° 40 1^{er} étage Deroua
Tél : 05 22 53 22 32 - Email : dr.tahiribadr@gmail.com