

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0011905

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8567 Société : Royal AIR MAROC

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : CHABBAR ASMAA

Date de naissance : 198607

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 1000,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Youssef KAHAI
Ang Rte ELJADIDA et Bd Abdellah
BOUABID 1er étage Apt n°2 Casablanca
Tél: 0522 25 00 25 GSM: 0667 10 02 08

Date de consultation : 23/01/2014

Nom et prénom du malade : CHABBAR ASMAA Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Congénite

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 : CASABLANCA

Le : 23/01/2014

Signature de l'adhérent(e) :

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.

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

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

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

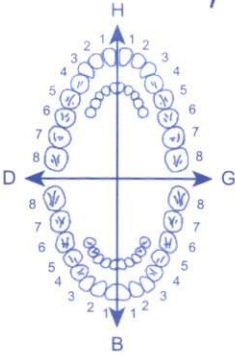
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="\$1000 Dtt"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text" value="23/01/24"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text" value="23/01/24"/>

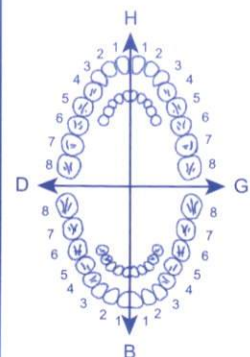
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	21433552
D	00000000
G	00000000
B	00000000
	35533411
	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VOLET ADH

Parodontie
Implantologie
Orthodontie
Esthétique
Chirurgie buccale



CENTRE DENTAIRE RAHALI

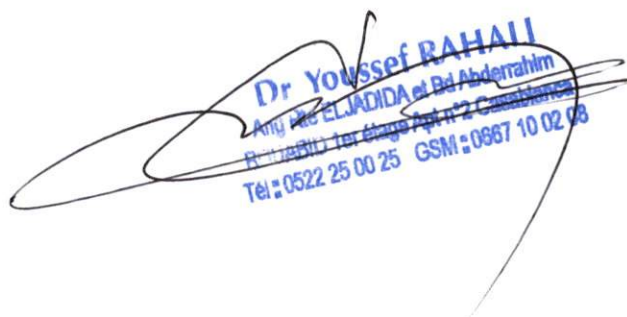
Compte Rendu

J'ai reçu madame CHABBAB Asmaa dans mon cabinet pour des problèmes parodontaux avec des douleurs et saignements ainsi qu'une mauvaise haleine buccale.

A la consultation : Après un examen clinique qui consiste à faire des sondages, je constate plusieurs gonflements douloureux de la muqueuse et surtout au niveau de l'implant 26 et de la 33, de plus qu'une formation de poches parodontales dépassant les 5mm de profondeur.

Pour cette raison ci, j'ai décidé de faire un Cone Beam pour non seulement visualiser en 3D l'état osseux résiduel mais aussi avoir un aperçu au niveau de l'implant où persiste une infection ainsi qu'un kyste.

Dr. RAHALI Youssef


Dr Youssef RAHALI
Ag. EL JADIDA et Bd Abderrahim
R. 1er étage N°2 Casablanca
Tel: 0522 25 00 25 GSM: 0667 10 02 08



CENTRE DENTAIRE
RAHALI

Casablanca, le 23/01/2024

Patient(e): CHABBAB asmaa

FACTURE N° 627F2024

ACTES	Code sécu	Dent(s)	Montant à payer
CONE BEAM		Toutes	1 000,00 DH
TOTAL			1 000,00 DH

Arrêté le montant de la facture à la somme de

Mille

Signature du Praticien

Dr. Youssef RAHALI
Apt. 1015 EL JADIDA et Bd Abderrahim
Bd EL JADIDA Apt n°2 Casablanca
TEL: 0522 25 00 40 GSM: 0687 40 82 08

Dr Rahali

asmaa, chabbab 15/10/1966

27/01/2024 11:11:00

Dr Youssef RAHALI
AN 22 ELHADIDA et Bd Abderrahim
BOULEVARD 162000 Apt n°2 Casablanca
Tél: 0522 51 22 25 GSM: 0557 10 02 08

