

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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.

M22- 0046345

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2073 Société : RAM

Actif Pensionné(e)

Nom & Prénom : Bouabza N'Houaria - Dr. S. LITANE

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 02 91 23 57 Total des frais engagés : 646,- Dhs

Cadre réservé au Médecin

CENTRE DENTAIRE LEMDEBED
Dr LEMDEBED Maraine
INPE: 064200181
ICE: 003300902000022
117, Lot Al Ansari, 1er Etage
Dar Bouazza - Casablanca

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/01/2024

Nom et prénom du malade : Bouabza N'Houaria Age :

Lien de parenté : Elle-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Infection Dentaire

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

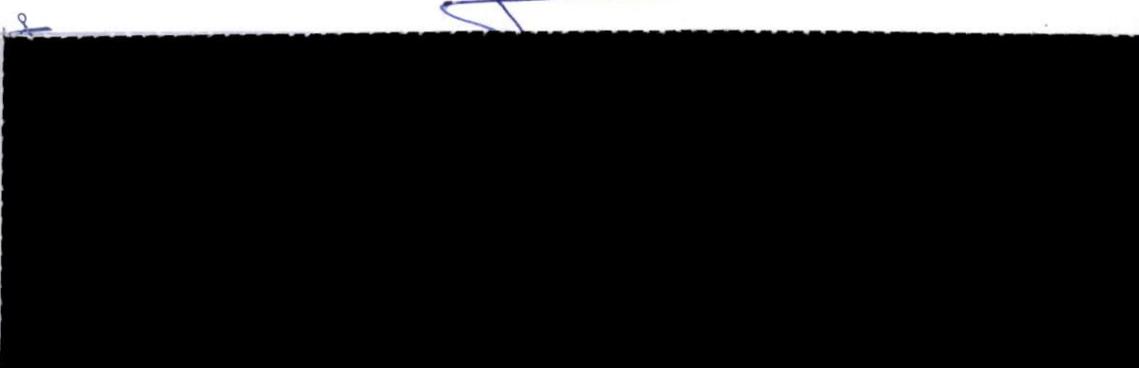
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 02/01/2024

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
Pharmacie DIAZ ATLANTIC SA 10, rue de l'Industrie - 94110 Arcueil Téléphone : 01 45 50 00 00	11/01/2010	88,97€

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature Laboratoire et de l'Institut	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
ENTRE DENTAL DR LEMDEBED MAISON INPE: 064200181 ICE: 003600902000022 17. Lot Al Ansaifi, 1er Etage Tunisie - Casablanca	02/01/2024	ZAG	200,00 DH

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 ~~dont~~ 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

The diagram illustrates a dental arch, likely a maxillary (upper) arch, with upper teeth on top and lower teeth on the bottom. Each tooth is assigned a number from 1 to 8, and each has a specific dental symbol placed next to it. The numbers are arranged as follows: 4, 5, 6, 7, 8 on the upper left; 1, 2, 3, 4 on the lower left; 1, 2, 3, 4 on the lower right; 5, 6, 7, 8 on the upper right. The symbols include various combinations of circles, crosses, and other markings typical of dental notation.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET SACHEZ DU PRATICIEN AFFECTANT L'EXÉCUTION



CENTRE DENTAIRE LEMDEBED
CHIRURGIE & ESTHÉTIQUE DENTAIRE

Dr LEMDEBED Maroine

Chirurgien dentiste

Compte rendu

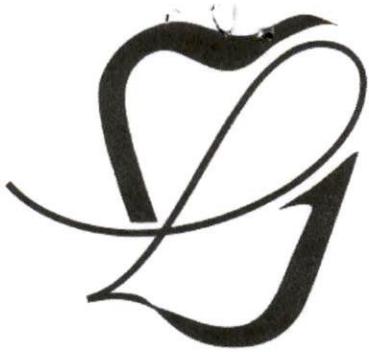
Mme BOUDJAJ Maimouna :

- Condyles symétrique et logée dans leur cavités glénoïde
- Les sinus maxillaires sont aéré et symétriques
- Lyse osseuse alvéolaire importante horizontal et généralisée sur le maxillaire et la mandibule
- Absence de la 11,12,13,14,21,22,23,31,31,33,34,35,36,41,42,44,45,46
- Radio clarté coronaire importante atteignant la couronne de la 24

Diagnostic :

- Parodontite chronique

CENTRE DENTAIRE LEMDEBED
Dr LEMDEBED Maroine
INPE: 064200181
ICE: 003300902000022
117, Lot Al Ansari, 1er Etage
Dar Bouazza Casablanca



DR.LEMDEBED MAROUANE

Chirurgien Dentiste

CENTRE DENTAIRE LEMDEBED
CHIRURGIE & ESTHÉTIQUE DENTAIRE

Mme BOUDJAJ mimouna

Le : 02/01/2024

Payé à ce jour la somme de : 400

Arrêté le montant du reçu à la somme de

Quatre cent Dh

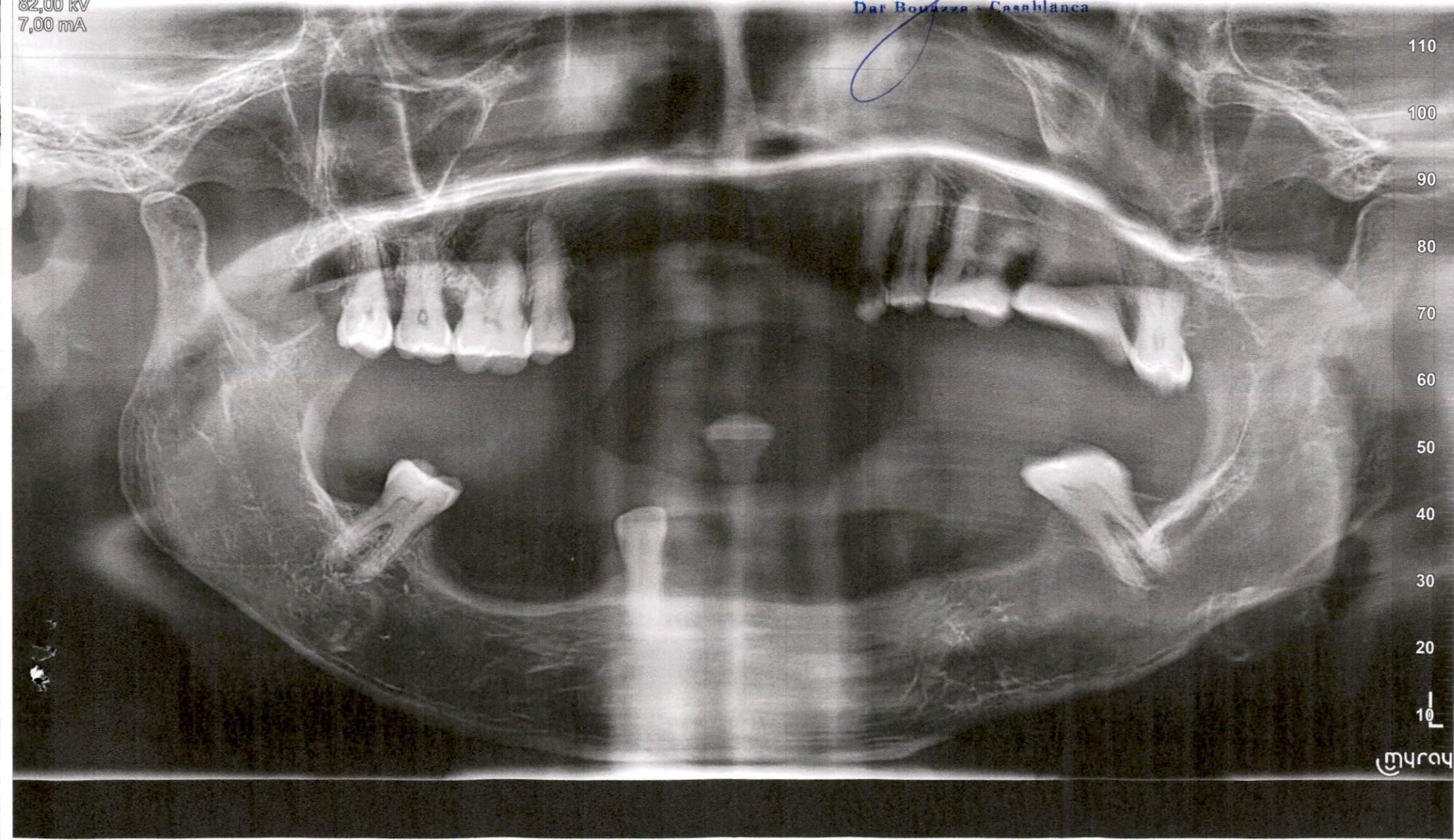
Mode de règlement : Espèce

CENTRE DENTAIRE LEMDEBED
Dr LEMDEBED Maroine
INPE: 064200181
ICE: 003300902000022
117, Lot Al Ansari, 1er Etage
Dar Bouazza - Casablanca

boudjaj mimouna
Date de naissance: 01/01/1930

CENTRE DENTAIRE LEMDEBE
Dr. LEMDRED Maroc
INPE: 004200181
ICB: 004200002000022
117, Lot Al Ansari, 1er Etage
Dar Bouazza - Casablanca

02/01/2024 16:15:41
126,000 mGycm²
13,70 s
82,00 kV
7,00 mA





CENTRE DENTAIRE LEMDEBED
CHIRURGIE & ESTHÉTIQUE DENTAIRE

ORDONNANCE

Dar Bouazza, le 21/1/84

Mme BOUDJAJ Nimauna

151,00

1/ ZAMOX (3g) S.V.

2 cp p/j pendant (7 j)
40,00

2/ Colipred (20 mg) S.V.

3 cp le matin pendant (3 j)
55,00

3/ KIN (BB) S.V.

Rinsage 3 f / j pendant (5 j)

246,00

PHARMACIE DIAR ATLANTIC CASA

Dr SARHANI Manal
Atlantic GH1 Imm 5 magasin 29-30
Dar Bouazza

CENTRE DENTAIRE LEMDEBED
Dr LEMDEBED Maroine

INPE: 064200181
ICE: 003100902000022
117, Lot Al Ansari, 1er Etage
Dar Bouazza - Casablanca

N°117 1er étage, Lot Ansari - Dar Bouazza

centredentairelemdebed@gmail.com 05 20 808 909 / 06 63 82 89 86

PPV:151DH00
PER:10/26
LOT:M3463

b

BON
82, Allée des Césariens - Al-Jebha - Casablanca
S.Bachouchi - Pharmacien Responsable

PPV:151DH00
PER:08-26
LOT:M2749