

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-

54464

192611

ACC

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3563

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BAKRI NACIRI mohammed

Date de naissance : 18/06/1959

Adresse : DENG Kora 39 N° 42 CASA

Tél. : 0666263701

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/01/2021

Nom et prénom du malade : BAKRI NACIRI mohammed Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : 28/01/2021 Le : 28/01/2021

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 Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Dr. Youssouf OUEDRAOGO Chirurgien Dentiste 100 Rue Dr. Sidi Djibril Bamako - Tél: 05 22 80 09 12</i>	<i>23/11/24</i>	<i>Panorex</i>	<i>2000</i>

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 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'ODE.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

PAP) 17121

A diagram of a dental arch showing upper and lower teeth. The upper teeth are numbered 1 through 8 from left to right. The lower teeth are numbered 1 through 8 from right to left. A vertical arrow points downwards from the center of the arch.

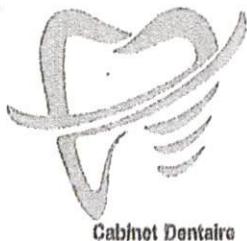
228

VISA ET CACHET DU PRATICIEN APPELANT LE DEVIS

~~Superficie~~ SET YOUR CHILDS MIND TO LEARN

~~YOUSSEF OUZO~~
VIA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION
CHILDREN'S HOSPITAL DENTISTE
Bd Bni Mguilda n°1 Laayoune 27 N 15
Casablanca Tel 05 2 800 912
Youssef

Dr. OUENZA Youssef
Chirurgien Dentiste
Chirurgie Buccale
Radiologie Dentaire



Cabinet Dentaire

دكتور يوزف عونزا
دكتور متخصص في جراحة
الفم والأسنان
جراحة الأسنان

Casa le : ٢١/٣/٢٤

Facture N° :

Je Sousigné Docteur QUENZA Youssef avoir executé pour Mr Mme
Mlle B.N.K.R.S N.A.G.R.S Dohman Des:

* Soins Dentaires :

Obturation Simple

Traitement Canalaire

* Extraction Dentaire :

Simple

Dent De Sagesse :

* Prothèses Dentaire :

Pap :

Pat :

Gcm :

CIV :

Cc :

* Soins Gingivaux :

* Soins Orthodontiques :

le prix global payé est de

Dr Youssef QUENZA
Chirurgien Dentiste
BnL Mguld Laayoune Rue 27 N 15
Casablanca Tel: 05 22 80 09 12

DOCTEUR OUENZA YOUSSEF

CHIRURGIE DENTAIRE

CHIRURGIE BUCCALE

RADIOLOGIE DENTAIRE

Casa le 23...01./..../ 2024

FACTURE

BAKRI NACIRI

Radio panoramique :..200 dh

Teleradio profil :.....



CABINET DR OUENZA YOUSSEF BD.BNIMGILD Hay

LAAYOUNE RUE 27 N15 TEL 0522 80 09 12. EMAIL :

OUENZASALMANE2014@GMAIL.COM.INP

094015948.PATENTE : 33523739.ICE :

001710179000077.IF :44882094

DOCTEUR OUENZA YOUSSEF

CHIRURGIE DENTAIRE

CHIRURGIE BUCCALE

RADIOLOGIE DENTAIRE

Casa.le ...23/...01/2024

NACIRI

Compte-rendu

Radio panoramique

ABSENCE D ANOMALIE OSSEUSE

LES 2 ATM D ASPECT NORMALE

AERATION NORMALE DES SINUS

ABSENCE 18.17.14.12.11.22.26.28.46.36.38

Obt 16.15.47 48

37.34 délabrées

Dr. Yousssef OUENZA
Chirurgien Dentiste
Bd. Bni Mguild Rue 27 N°15 Hay Laayoune
Casablanca - Tel.: 0522800912

Dr. Yousssef OUENZA
Chirurgien Dentiste
Bd. Bni Mguild Rue 27 N°15 Hay Laayoune
Casablanca - Tel.: 0522800912

CABINET DOCTEUR OUENZA YOUSSEF. BD.BNIMGUILD HAY LAAYOUNE RUE27 N15 TEL 0522 80 09
12. EMAIL OUENZASALMANE2014@GMAIL.COM. INP 094.015.948.PATENTE :33523739.ICE
001710179000077.IF 44882094

N° Dossier: 192615
N° Dossier externe: ACC-3663-29 01 2024
Type de dossier: DENTAIRE
Bénéficiaire: BAKRI NACIR MOHAMED
Situation: Notifié
Sous-situation: ---
Date de début: 29-01-2024
Date de fin:
Date de saisie: 29-01-2024
Événement:

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires ajoutés

Date	Commentaire
07-02-2024	07-02-2024 Manuel ACC D50 PAP SUP 11 12 17 22 26 DR OUENZA