

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 canalaire, 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 canalaire.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

W21-852227

203769

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2379 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HAMID FATIMA

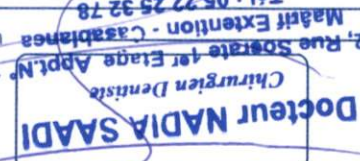
Date de naissance : 21/3/55

Adresse : 129, Lot une Sidi Haouf

Tél : 0662124553 Total des frais engagés : 200,- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29/04/2024

Nom et prénom du malade : Dr Hamid Fatima Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Consultation

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 : Le : / /

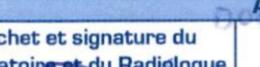
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

PR4FR05/V2/20-10-2023

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

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	29/4/24	1x panoramique	200,-

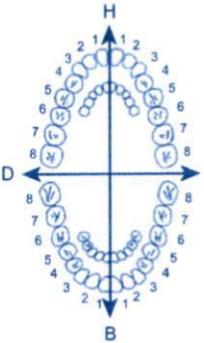
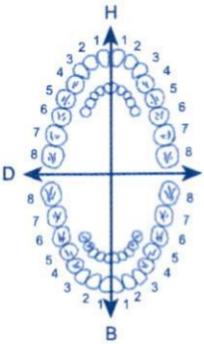
[illegible]

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires																						
		Consultation			Coefficient DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;">9</div>																					
					MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;">80€</div>																					
					DEBUT D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;">29/4/25</div>																					
					FIN D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>																					
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE				Coefficient DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>																					
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><tr><td>H</td><td></td><td>H</td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr><tr><td>D</td><td></td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr><tr><td>B</td><td></td><td></td></tr></table>				H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>
	H		H																							
	25533412	21433552																								
	00000000	00000000																								
	D		G																							
	00000000	00000000																								
	35533411	11433553																								
	B																									
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	Montant des Honoraires		MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>																						
				DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>																						
			DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>																							

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Docteur NADIA SAADI

الدكتورة نادية سعدى

Chirurgien Dentiste

Casablanca, le :

29/04/24

Hamid fatima
2.3.55

Rapporte

Docteur NADIA SAADI

Chirurgien Dentiste

52, Rue Socrate 1^{er} Etage Appt.N° 1
Maârif Extension - Casablanca

Tél.: 05 22 25 32 78

RADIOLOGIE SOCRATE
Dr. Brahim Roudani Rue
Maârif N° 5 Adm. - Casablanca
Tél. 05 22 25 73 13 - 0522 25 45 66

52, Rue Socrate 1^{er} Etage Appt.N° 1 Maârif Extension - Casablanca

Tél.: 05 22 25 32 78 - E-mail : cabinet.drsaadinadia@gmail.com



الفحص بالأشعة سقراط RADIOLOGIE SOCRATE

الدكتور محمد بلقاضي العباسي
Dr. Mohammed BELCADI ABASSI

الدكتور جمال بناني
Dr. Jamal BENNANI

Casablanca, le : 29/04/24

NOM : HAMID
PRENOM : FATIMA
MEDECIN TRAITANT : DR. SAADI Nadia

Panoramique dentaire

- Patient en grande partie édentée .
- Absence de granulome apical ou de kyste radiculaire.
- Absence de lésion osseuse focale .

CONFRATERNELLEMENT

DR.J. BENNANI

29/04/2024 15:33:23

[EXPOSITION TOTALE EXAMEN]

508.000 mGcm²

14.20 s

Image 5 de 5

74.00 kV

7.00 mA

110

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

NewTom

NNT

SW ver. 16.4

Page 1 de 1

RADIOLOGIE SOCRATE

FACTURE N°00639/24

CASA LE 29.4.24

Nom & prénom :
HAMID FATIMA

Examens	Prix
Rx ; panoramique	200.00
TOTAL :	200.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :
Deux cent dirhams.

Angle Bd Brahim Roudani et Rue Nassih Eddine-Résidence ANFA1
Casa.0522.25.73.13-0522.25.75.05 Patente:35803986 TVA. 817743
R.C. 79363 I.F. 01003328 CNSS:2626036 ICE : 001321320000087

RADIOLOGIE SOCRATE
Roudani Rue
0522 25 73 13 - 0522 25 75 05
Patente: 35803986
R.C. 79363 I.F. 01003328