

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

- 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

M22- 0030609

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08176 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BICHA JULIA
 Date de naissance : 19-09-1962
 Adresse : HAY AL HAANFARA N° 46
 SECTEUR 5 TEMARA
 Tél. : 06 66 26 11 12 Total des frais engagés : 500,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DR. A. Z. DENTISTE/ORTHODONTISTE
 999 AMAL 5^{ème} CYM-RABAT
 +212 537 79 58 23
 Date de consultation : 26/12/2022
 Nom et prénom du malade : BICHA JULIA Age : 12
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : carie
 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 : TEMARA Le : 26/12/2022
 Signature de l'adhérent(e) :

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
26/12/22	Consultation	1		Dr. A. Z. DENTISTE ORTHODONTISTE 999 AMAL - RABAT +212 537 79 58 23

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

Docteur N. ED. SOCRATE Centre de Radiologie TEMARA Tel: 05 37 64 01 02

26/12/22 OPT de prothèse de prothèse 500,000 €

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

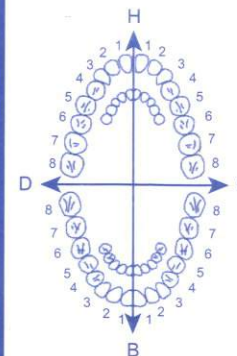
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

H 25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000
35533411 11433553
G B

(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



Rabat le : 26/12/22

Ordonnance

d'ent 20/12/22
DR. A. Z. A. ZAOUI
DENTISTE/ORTHODONTISTE
999AMAL5-CYM-RABAT
+212 537 79 58 23

Prière de :

1/ me Ra panorami

2/ me téléradiographie 2 prof

Docteur N. ED. FAÏZ
SOCRATE
Centre de Radiologie SOCRATE
TEMARA
Tél : 05 37 64 01 02

DR. A. Z. A. ZAOUI
DENTISTE/ORTHODONTISTE
999AMAL5-CYM-RABAT
+212 537 79 58 23



عيادة الراديولوجي سقراط
CENTRE DE RADIOLOGIE SOCRATE
تمارة - TEMARA

الدكتور نور الدين فايز

اختصاصي في الراديولوجي
خريج كلية الطب بباريس

Dr Nouredine FAIZ

Spécialiste en Radiologie
Neuroradiologue

Diplômé de la Faculté
de Médecine PARIS V

Le 26/12/2022

Facture N ° : 11040/22

Nom et prénom : Enf. BICHA ZAKARIA

Examen(s) réalisé(s) :

TELERADIOGRAPHIE DE PROFIL
PANORAMIQUE DENTAIRE

Montant : 500 DH

La présente facture est arrêtée à la somme de CINQ CENTS
DHS.

Merci de votre confiance.

Docteur N. ED FAIZ
SOCRATE
Centre de Radiologie SOCRATE
TEMARA
Tél : 05 37 64 01 02

DR. NED FAIZ

NPE : 101187904



عيادة الراديولوجي سقراط

CENTRE DE RADIOLOGIE SOCRATE

تمارة - TEMARA

الدكتور نور الدين فايز
اختصاصي في الراديولوجي
خريج كلية الطب بباريس
Dr Nouredine FAIZ
Spécialiste en Radiologie
Diplômé de la Faculté
de Médecine PARIS V



Département Numérique Dentaire SOCRATE

Cône BEAM (C.B.C.T.) -
Panoramique dentaire Numérique (O.P.T.) -
Télé CRANE Profil Numérique - DentaSCANNER -

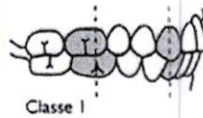
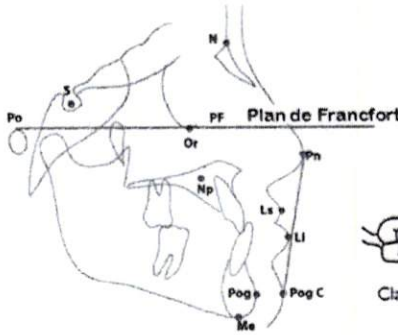
le 26/12/2022

Enf. BICHA ZAKARIA

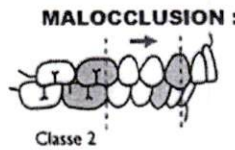
RX PANORAMIQUE (O.P.T.) + TELE

RX Profil :

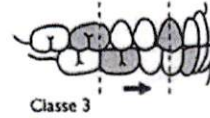
- Dentition de type adolescent.
- Transparence normale des cuvettes des sinus maxillaires.
- Cloison nasale médiane.
- Absence de lésion osseuse et respect des articulations temporomandibulaires.



Classe 1



Classe 2



Classe 3

Malocclusion Classe.. 1.

Merci de votre confiance.

DR. N.ED. FAIZ / SOCRATE Radiologue.

1 FILM RADIO pour le médecin. + Transfert sur Mail professionnel du Médecin .

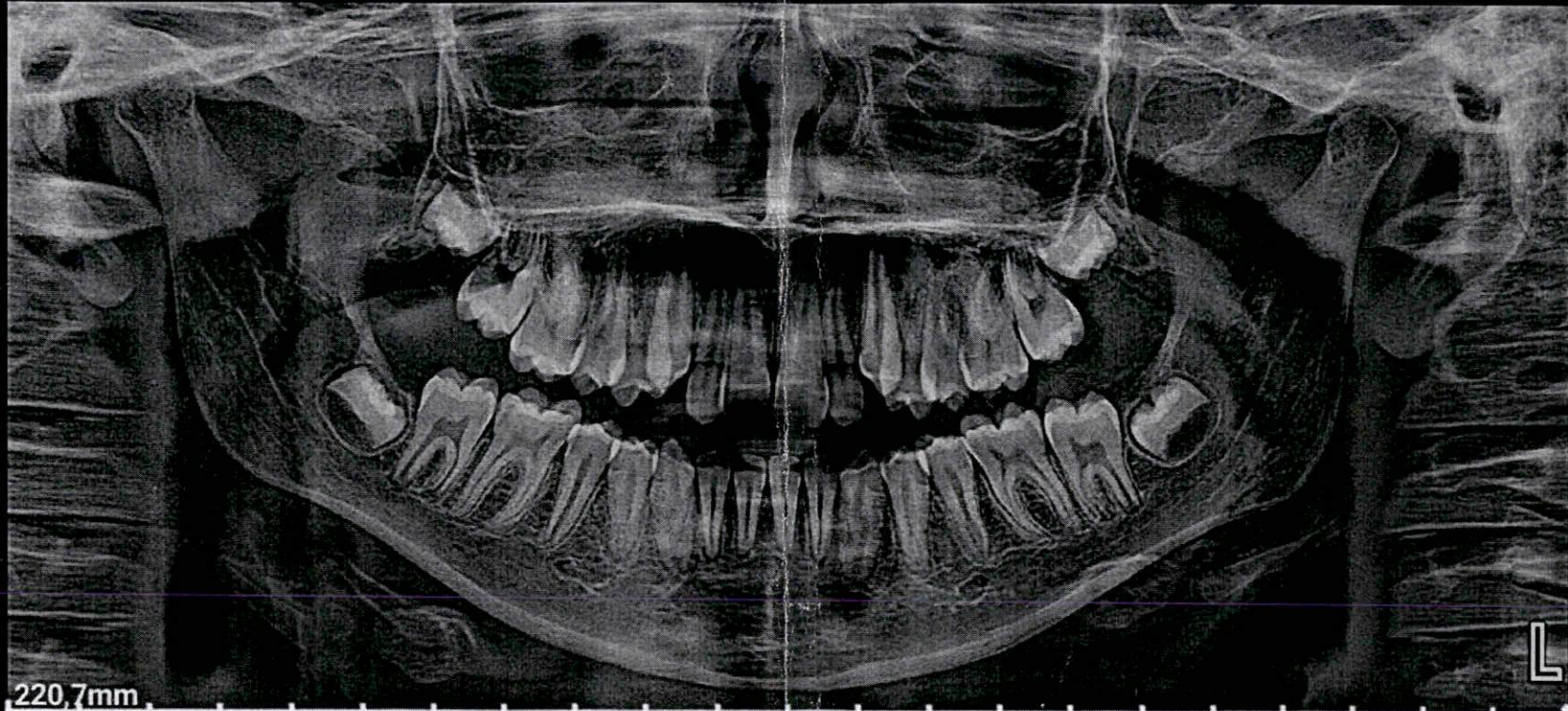
+

1 FILM DUPLICATA SUR PAPIER pour la mutuelle.

Docteur N. ED. FAÏZ
SOCRATE
Centre de Radiologie SOCRATE
TEMARA
Tél : 05 37 64 01 02

90,5mGy×cm²

100%



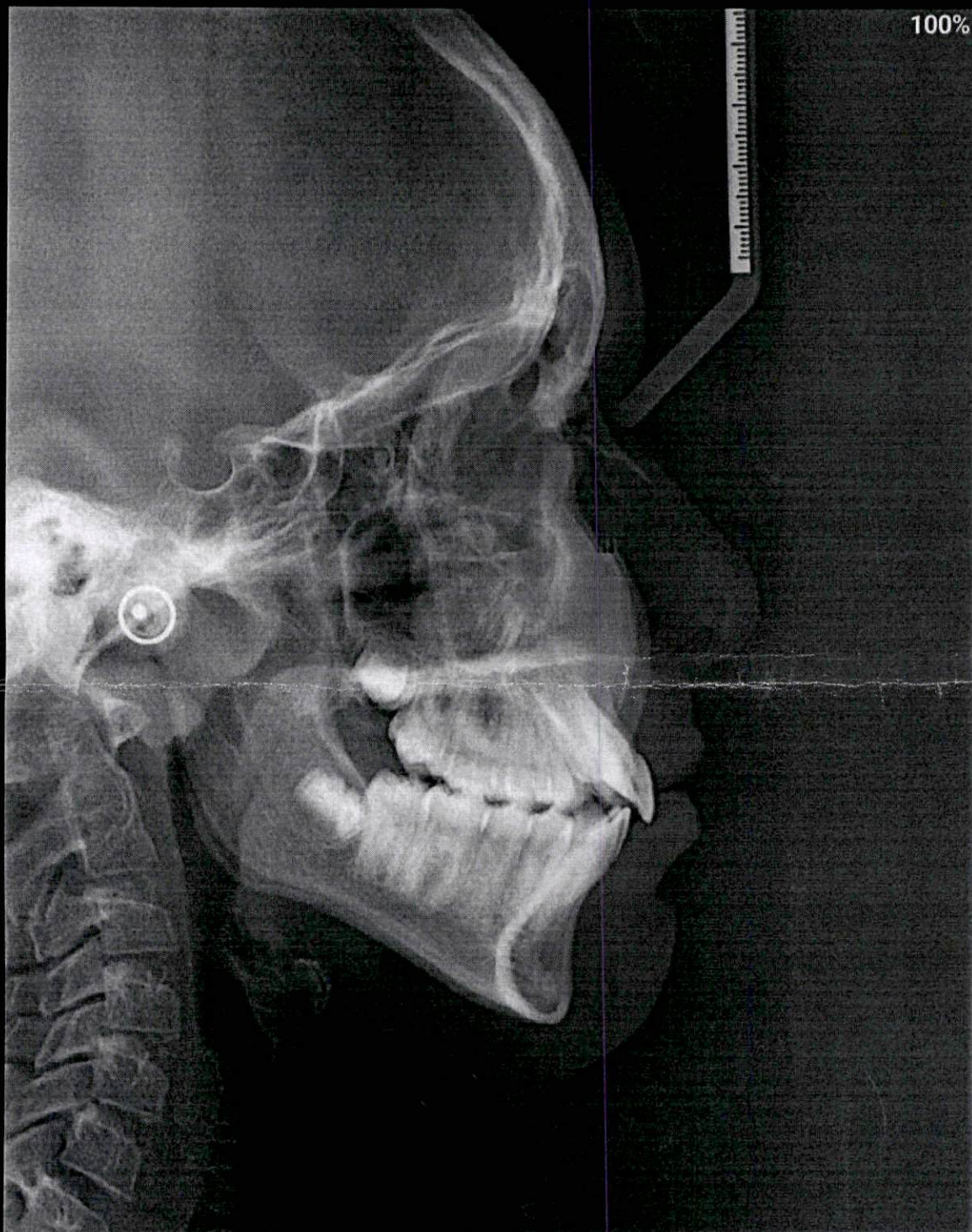
220,7mm

BICHA ZAKARIA

Centre De Radiologie Socrate

26/12/22

Docteur N. ED. FAIZ
SOCRATE
Centre de Radiologie SOCRATE
TEMARA
Tél : 05 37 64 01 02



BICHA ZAKARIA

26/12/22

Centre De Radiologie Socrate

Docteur N. ED. FAÏZ
SOCRATE
Centre de Radiologie SOCRATE
TEMARA
Tél : 05 37 64 01 02