

Déclaration de Maladie

N° M21- 062673

160923

160923

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

96 16

Société :

ACC
Dent

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

KANAT SAID

Date de naissance :

Adresse :

PLAVERAAMA 18 BLOCK N° 21 INT BARNGUSSE

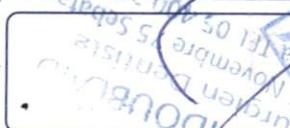
Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Prélégia

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) :

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
			Coefficient DES TRAVAUX <i>3</i>
			MONTANTS DES SOINS <i>6000 HK</i>
			DEBUT D'EXECUTION <i>20/08/2012</i>
			FIN D'EXECUTION <i>4/09/2012</i>
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	H	25533412 00000000	21433552 00000000
D		00000000 35533411	00000000 11433553
B			
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	
			<i>3</i>
			MONTANTS DES SOINS <i>6000 HK</i>
			DATE DU DEVIS <i>24/08/2012</i>
			DATE DE L'EXECUTION <i>06/09/2012</i>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			
DR Salah IDOUBLAID Dentiste			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN SOUSCRITANT L'EXECUTION			
147 Bd 6 Novembre 75000 Paris Tel. 05 400 21 000 clarica TEL 05 400 21 000			

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 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 tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : 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

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 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
		A M	P C	I M	I V	

Dr.Salah IDOUBLAID

Chirugien Dentiste



الدكتور صلاح ادوبلايد
طبيب جراح للأسنان

ORDONNANCE

Casablanca le : ٢٠/٢/٢٢

FD ٤٢

3 CCm

D ٦٢

6 ٩٢

SIC mm ٦٢

Dr Salah IDOUBLAID
Chirurgien Dentiste
147 Bd 6 Novembre 1975 Sebata
Casablanca Tel: 05 400 21 400

147,Bd 6 Novembre 1975 Sebata - Casablanca - Tél : 06 00 23 85 29 / 07 07 06 11 11

06 00 23 85 29 / 07 07 06 11 11 شارع 6 نونبر 1975 - سباتة - الدار البيضاء - الهاتف 147

Dr.Salah IDOUBLAID
Chirurgien Dentiste



الدكتور صالح ادوبلايد
طبيب جراح للأسنان

ORDONNANCE

Casablanca, le : 09/10/2023

~~SRI MIRA ELAROUAM~~

~~RADIO PARIS~~

Dr.Salah IDOUBLAID
Chirurgien Dentiste
147 Bd 6 Novembre 1975 Sebata
Tél : 06 00 23 85 29 / 07 07 06 11 11
06 00 23 85 29 / 07 07 06 11 11 : الهاتف - الدار البيضاء - سباتة - 147

N° Dossier: 160923 
N° Dossier externe: ACC-09616-16/
Type de dossier: DENTAIRE
Bénéficiaire: EL ARQUAM SAMIRA
Situation: Notifié
Sous-situation: ---
Date de début: 16-05-2023 
Date de fin: 
Date de saisie: 16-05-2023
Événement: 

Commentaires pour l'édition

Ajout

Commentaires existants [▼]

Date	Type	Commentaire
17-05-2023	Manuel	ACC D580 3CCM 24 25 26 +PAP INF 36 37 46 47 S/R RX APRES R SALAH IDOUBLAID

Radiologie Rayan



الفحص بالأشعة
الريان

Dr. Khalil LEBBAR

- Professeur Ass. de radiologie CHU (Rabat).
- Praticien certifié des hôpitaux Militaires du Val-de-Grâce (Paris).
- Ancien radiologue des hôpitaux Militaires des forces Armées Royales.
- Diplômé en radio-diagnostic et imagerie médicale de la faculté de Nancy

CASABLANCA LE : 09/10/2023

NOM ET PRENOM
PRESCRIPTEUR

Mme EL ARQUOUAM SAMIRA
Dr. .

RX PANORAMIQUE DENTAIRE

Absence de lésion osseuse focale.
Intégrité du canal dentaire.
ATM en place, d'aspect normal.
Clarté normale du fond des sinus maxillaires.
Appareillage dentaire radio transparent.

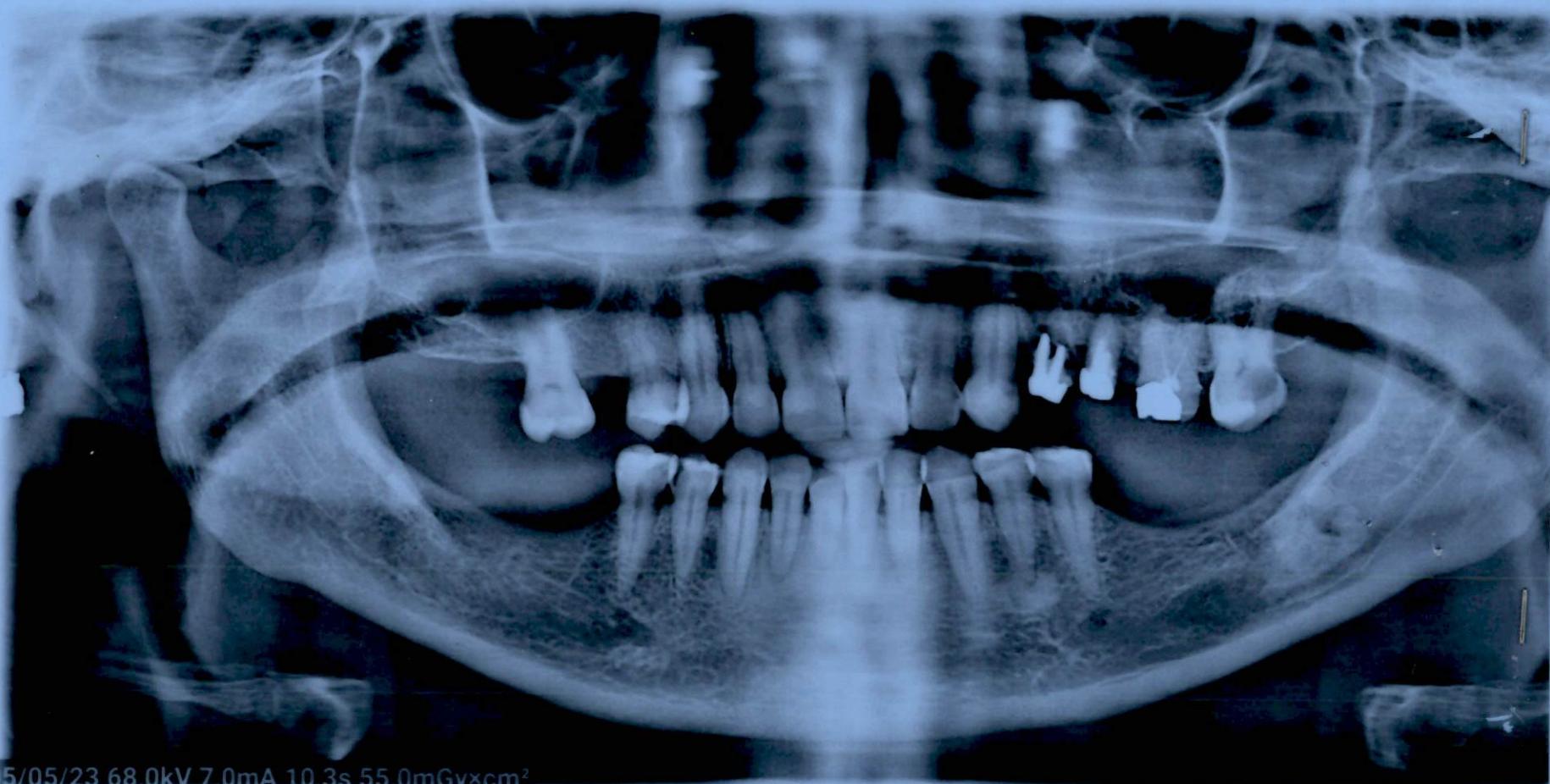
Confraternellement.
Dr LEBBAR

- **I.R.M 1,5 Tesla**
~ Corps entier
- **Scanner 64 barrettes 3D**
~ Angioscanner
~ Biopsie Scanoguidée
~ Arthroscanner
~ Dentascanner
~ Coloscanner
~ Enteroscanner
- **Radiologie Numérisée**
- **Echographie**
~ Doppler Vasculaire Artériel et Veineux
- **Mammographie - Tomosynthèse**
~ Repérage stéréotaxique
- **Panoramique dentaire**
- **Osteodensitométrie.**





El Arquam Samira
ID 138828
DOB 24/10/77



05/05/23 68,0kV 7,0mA 10,3s 55,0mGy \times cm²

CENTRE DENTAIRE FR
DR.Rachidi Fouad
Madinati GH 05 imm 4 N°02 Ahl loughlam Sidi Bernoussi Casablanca
pr.dr.rachidi@gmail.com
05 22 76 62 65