

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

- 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.

N° W19-557933

SN

ND: 35915

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13190

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MISSOB AH - ELIDORISET Chafnae

Date de naissance : 15 mars 1992

Adresse : Rue Qalad El Bouzid Residence Biomillah, Imm.

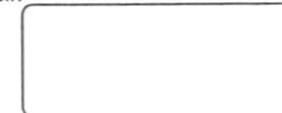
AB Apt 5, Habella, Rabat

Tél. : 06 61 39 65 17

Total des frais engagés : 150 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 :

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.

28 JUIL 2020

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

ACCUEIL SIEGERAN

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
				INP : <input type="text"/>

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	

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'ODF.																			
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>															
				Coefficient des travaux															
				MONTANTS DES SOINS															
				DÉBUT D'EXÉCUTION															
				FIN D'EXÉCUTION															
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES 	DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des travaux															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">G</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	00000000		00000000	D			B			G			<input type="text"/>
	H	25533412	21433552																
	00000000		00000000																
	D																		
	B																		
	G																		
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">G</td> </tr> </table>			H	35533411	11433553	00000000		00000000	B			G			<input type="text"/>			
	H	35533411	11433553																
	00000000		00000000																
B																			
G																			
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<input type="text"/>																
				DATE DU DEVIS															
				DATE DE L'EXÉCUTION															



Dr Lineb Berrada

Spécialiste des Maladies Respiratoires
et des troubles du Sommeil

DIU de Pathologies de Sommeil, Faculté de Médecine Paris Diderot
DU d'Imagerie Thoracique, Faculté de Médecine Paris Descartes
Certificat d'échographie thoracique, Association G-echo, Paris France
Ancien Médecin à l'hôpital Universitaire Pitié Salpêtrière Paris- France
et à l'hôpital 20 Août- CHU Ibnou Rochd Casablanca



عيادة أمراض الجهاز التنفسي
الحساسية و النوم والشخير

الدكتورة زينب براحة

أخصائية أمراض الجهاز التنفسي
أمراض النوم والشخير

شهادة اضطرابات النوم كلية الطب بباريس ديدرو

شهادة تصوير الصدر كلية الطب بباريس ديكارت

شهادة الفحص بالصدى من الجمعية الفرنسية للفحص بالصدى باريس

طبية سابقة مستشفيات باريس بتيبي سالبياري و مستشفى 20 غشت بالبيضاء

Facture N°: 122

Casablanca le :

76 9555

Date : 24/07/2020
Bénéficiaire : Raji Saad
RAJI SAAD

Tél: 0667077325
Email:
Adresse:

A ddif

FS 2 W 19 42 9676

Code	Description	Quantité	Prix	Sous-total
Visite du 27/04/2020				
RX	Radiologie thoracique Z12	1	200,00	200,00
Total				200,00

Arrêté le présent document à la somme de :
deux cents dirham(s)

Résidence Espace El Mansour

22 bd Yacoub El Mansour, 3ème Etage Bureau N° 27, Maârif, Casablanca

شارع يعقوب المنصور ، إقامة فضاء المنصور الطابق الثالث ، مكتب رقم 27 المعاريف، الدار البيضاء

Tél : 05 22 98 12 19 / E-mail : pneumologiesommeil@gmail.com

ssieur BAITE Mohamed

rgien dentiste

Ancien enseignant de la faculté de médecine de Casablanca

Docteur en Médecine dentaire

- Certificat de biophysique des radiations et imagerie médicales Paris v
- Certificat d'études supérieures de technologie des matériaux employés en art dentaire Paris VII
- Diplôme universitaire de radiologie maxillo faciale Paris X
- Certificat 'études supérieures d'orthopédie dento facial Paris VII
- Diplôme d'implantologie oral DGZI GBOI German Board of oral implantologie Jordanie

INPE:09.402.75.47 / ICE: 001668421000015 / N° PATENTE: 36362364 / IF: 144498 / N° CNSS: 4157378

Casablanca Le 28/07/2020

FACTURE

MISBAH EL IDRISI CHAMAE

RADIOGRAPHIE PANORAMIQUE Z16

Montant des honoraires 150DHS

*Professeur BAITE Mohamed
Chirurgien Dentiste
Al Miaraj Center, Angle Bd Anoual
Bd Abdelmoumen 3ème Etage n°41
Tél: 05 22 86 59 85*

AL Miaraj centre 301, Angle Bd Abdelmoumen & Bd Anoual 3ème étage n°41 Casablanca

Tel: 05 22 86 59 86

Mail: centredrbaite@gmail.com

sseur BAITE Mohamed

ngien dentiste

Ancien enseignant de la faculté de médecine de Casablanca

Docteur en Médecine dentaire

- Certificat de biophysique des radiations et imagerie médicales Paris V
- Certificat d'études supérieures de technologie des matériaux employés en art dentaire Paris VII
- Diplôme universitaire de radiologie maxillo faciale Paris X
- Certificat 'études supérieures d'orthopédie dento facial Paris VII
- Diplôme d'implantologie oral DGZI GBOI German Board of oral implantologie Jordanie
- INPE:09.402.75.47/ ICE : 001668421000015/N° Patente : 36362364/IF :144498/n° CNSS:4157378

Casablanca le 28/07/2020

COMPTE RENDU PANORAMIQUE

MISBAH EL IDRISI CHAIMAE

- Absence de 18-28-38-48
- Absence de pathologie des bases osseuses.
- Absence de pathologie dentaire
- Restauration coronaires de 36-37-46-47 .

Professeur BAITE Mohamed
Miaraj Centre Angé Bd Anoual
301, Angle Bd Abdelmoumen & Bd Anoual 3ème étage n°41
Tel: 05 22 86 59 86