

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-598254

56819

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5032 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ABDELFADEL SAID
 Date de naissance : 08/01/64
 Adresse : 11 LOT FLORIDA Rue 7 Coliforme CASA
 Tél. : 0661342400 Total des frais engagés : 3683,90+ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24/12/2020
 Nom et prénom du malade : ABDELFADEL Sami Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : Extraction dentaire
 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 : CASA 24/12/2020 Le :
 Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

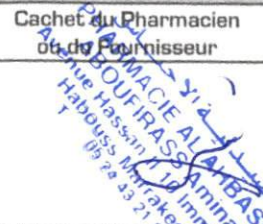
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

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


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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/12/2020	283,90
		INP : 073001471

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	24/12/20	Scanner Cône Scan Dx	800,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

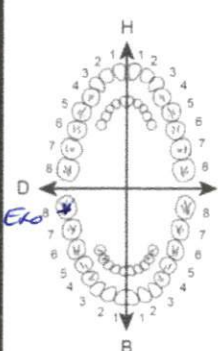
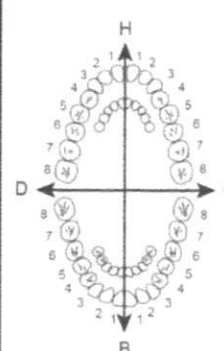
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

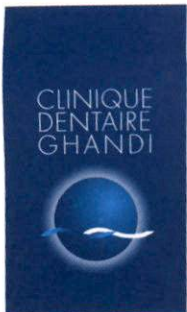
Important :

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 : 05140125115														
	168	Eko	D	<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text" value="D<sub>10</sub>"/></p> <p>MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="2500,00"/></p> <p>DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/></p> <p>FIN D'EXECUTION <input type="text" value="24/12/20"/></p>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		B		00000000	00000000	35533411	11433553	<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/></p> <p>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/></p> <p>DATE DU DEVIS <input type="text"/></p> <p>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/></p>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	B																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CLINIQUE
DENTAIRE
GHANDI

Dr Samira Aït M'hamed
Parodontologie - Implantologie
Diplômée de la Faculté Dentaire de Paris VII

Dr Ahmed Faoouzi Hatimy
Dentiste esthétique - Prothèse dentaire
Diplômé de la Faculté Dentaire de Paris VII

H² Abdelkader Sami - 24/12/20

① Ciprofloxacin 500 mg
196,50

PHARMACIE
ABOUFIASSA
Avenue Hassan II
Casablanca

LOT: M0049
EXP: NOV 2024
PPV: 196,50 DH

1 cp 2 fois / jour 10j

② Solupred 20mg

58,40

3 cp le matin dans

Solupred[®] 20mg

20.00 ol'eau. 5j

③ Rhyant algic

1 cp 2 fois / jour

PPV 300H00

EXP 09/2022
LOT 01019 2

④ Oxydant

283,90

LOT 191741
EXP 07/2022
PPV 99.00 DH

Dentairemaroc.com

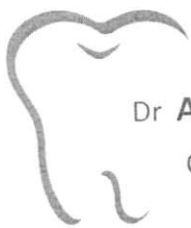
265 bd Ghandi - Riviera - Casablanca

Tél : 05 22 98 33 33 / 06 68 33 98 33 - Email : clinique.dentaire.ghandi@hotmail.fr

CONSIGNES POST OPÉRATOIRES

Pour 48h (deux jours)

- ✓ Eviter de cracher.
- ✓ Eviter les aliments chauds, acides et durs.
- ✓ Eviter de toucher (avec la langue ou les doigts).
- ✓ Poche de glace.
- ✓ Boire frais, glacé.
- ✓ Brosser les dents normalement mais éviter les zones de traitement.
- ✓ Dans 48h, bain de bouche naturel, eau et sel.



Dr AÏT M'HAMED SAMIRA
CHIRURGIEN DENTISTE

N° de l'IF : 40159185

N° de l'ICE : 001776411000008

Casablanca le : 24/12/2020

COMPTE RENDU

CONE BEAM

Mr ABDELFADEL SAMI

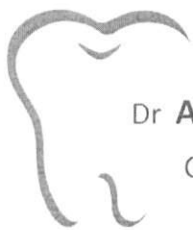
- Canal dentaire lingual en D de 38 et 48.
- Proximité visualisée avec les apex de 38 et 48.
- Structures osseuses normales.

Dr. SAMIRA AIT M'HAMED
Parodontologie - Implantologie
CLINIQUE DENTAIRE GHANDI
265, Bd. Ghandi, Casablanca
Tél. 05.22.98.33.33

Signature



265, Boulevard Ghandi Casablanca-Maroc
Tél, 05.22.98.33.33



Dr AÏT M'HAMED SAMIRA

CHIRURGIEN DENTISTE

N° de l'IF : 40159185

N° de l'ICE : 001776411000008

Casablanca le : 24/12/2020

COMPTE RENDU

CONE BEAM

Mr ABDELFADEL SAMI

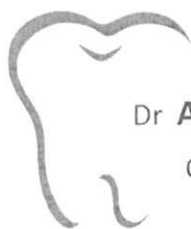
- Canal dentaire lingual en D de 38 et 48.
- Proximité visualisée avec les apex de 38 et 48.
- Structures osseuses normales.


Signature



265, Boulevard Ghandi Casablanca-Maroc

Tél, 05.22.98.33.33



Dr AÏT M'HAMED SAMIRA

CHIRURGIEN DENTISTE

Casablanca, le 24/12/2020

N° de l'IF : 40159185

N° de l'ICE : 001776411000008

Patient(e): M. ABDELFADEL SAMI

NOTE D'HONORAIRES

ACTES	Dent(s)	Montant à payer
EXTRACTION INCLUSE	48	2 500,00 DHS
CONE BEAM DENT DE SAGESSE	48	800,00 DHS
TOTAL		3 300,00 DHS

Signature du Praticien

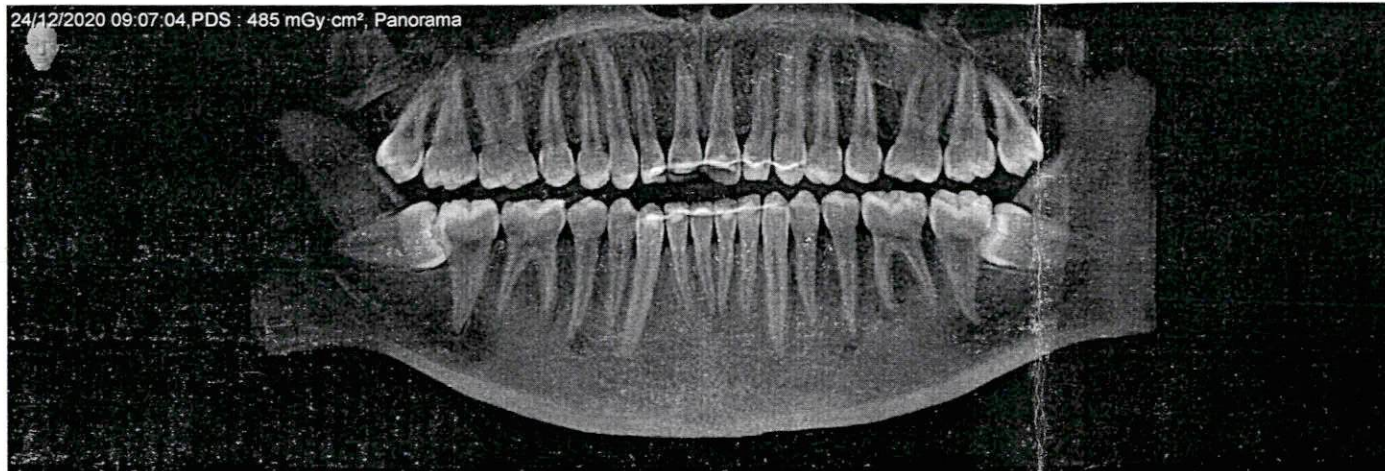
[Signature]
Dr. Samira AÏT M'HAMED
Parodontologie - Implants
CLINIQUE DENTISTE GHANDI
265, Boulevard Ghandi Casablanca
Tél: 05 22 98 33 33



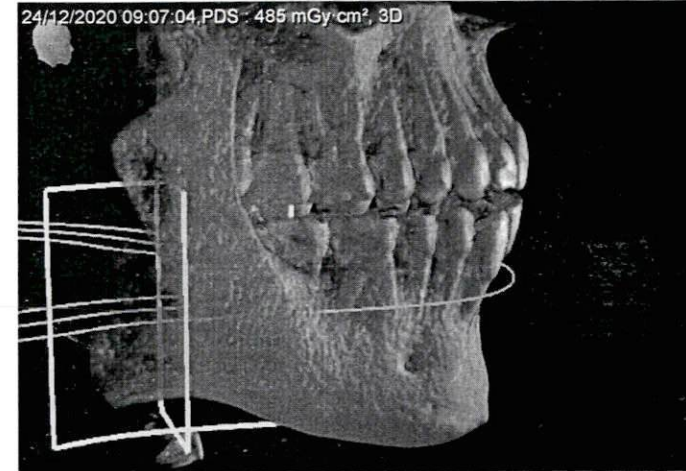
265, Boulevard Ghandi Casablanca-Maroc

Tél, 05.22.98.33.33

24/12/2020 09:07:04,PDS : 485 mGy·cm², Panorama



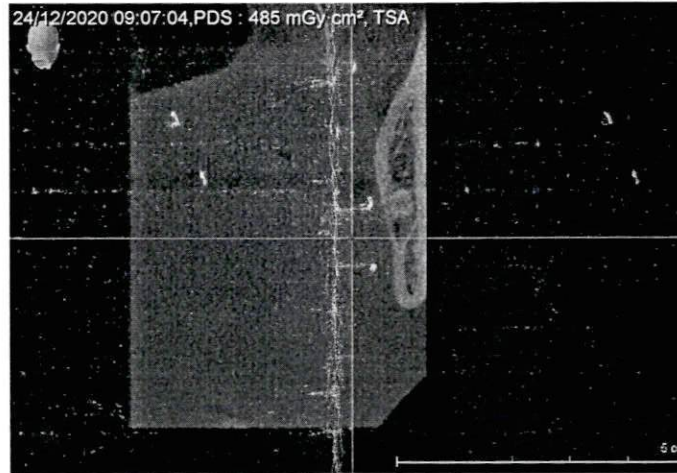
24/12/2020 09:07:04,PDS : 485 mGy·cm², 3D



24/12/2020 09:07:04,PDS : 485 mGy·cm², Longitudinal



24/12/2020 09:07:04,PDS : 485 mGy·cm², TSA



24/12/2020 09:07:04,PDS : 485 mGy·cm², Axial (de dessus)

