

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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

N° W21-614782

CA
72350

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)
Matricule : 9413

Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Esselaoui Mohammed Samir

Date de naissance : 08/05/1972

Adresse : 388, Rue IBRAHIM NAKHLI APC

casablanca

Tél. : 0661225023 Total des frais engagés : 600 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. SERGHINI Abdelghni
Sotoriologie et Chirurgie
Maxillo-Faciale
Appt. 6, 68 Av. Fal Ouid Omeir
Agdal - Tél.: 037 68 37 52

Date de consultation : 26/13/2021

Nom et prénom du malade : EL GUEROUNI Mariam Age: 39 ans

Lien de parenté : Lui-même Parent Enfant

Nature de la maladie : Doulou

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 27/05/2021

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-614782

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 9413
Nom de l'adhérent(e) : Esselaoui Samir
Total des frais engagés : 600 Dhs
Date de dépôt : 27/05/2021

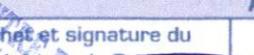
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| 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 |
| 26/3/21 | CS | CS | 300.00 | INP : 101129096  Bell Abzalighni Chirurgie Cas Omeir |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|------|--|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | DR SERG Montant de la Facture 10PL 5 - Actual - Retour F. 037 68 3 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | | |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire ou du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|  | 23/05/21 | 230 | 300,00 |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | Montant détaillé des Honoraires | |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|--|
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | | |
| | | A M | P C | I M | I V | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |
| | B |

(Création, remont, adjonction)

A circular diagram with a central point labeled 'H'. Eight numbers (1 through 8) are arranged in a circle around this center. Arrows indicate a clockwise cycle starting from number 1 at the top. The numbers are positioned as follows: 1 at the top, 2 at the top-right, 3 at the right, 4 at the bottom-right, 5 at the bottom, 6 at the bottom-left, 7 at the left, and 8 at the top-left.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Abdelghni SERGHINI

Laureat de la Faculté de Médecine de LILLE

Membre de la Société Française de
Stomatologie & Chirurgie Maxillo-Faciale
et Plastique de la Face

Spécialiste en Stomatologie & Chirurgie
Maxillo-Faciale et Plastique de la Face

D.U de Microchirurgie



الدكتور عبد الغني السرغيني

جامعة كلية الطب بليل

عضو الجمعية الفرنسية

لبراحة الفم-الفك-الوجه وتقويم الوجه

二

الفن - التقويم و تجميل الوجه

اختصاصي في جراحة المخيم

— 2 —

Dr. SERGHINI Abdellahni
Stomatologie et Chirurgie
Maxillo - Faciale
Appt. 6-68 Av. Fal Ould Omeïd
Rabat. Tel: 837 68 3762
~~6-262~~

EL GUEROINI Mariam

Rx Panoramique

Dr. S. ABD EIGHNI
Sidi Abd Eighni 8
Sptl. Agouda
Agouda - Tel.: 037-683751



Casablanca, le 23/03/2021

Facture N° 1771/2021

Nom patient : **EL GUEROINI MARIAM**

Examen(s) réalisé(s) :
PANORAMIQUE DENTAIRE

Montant : **trois cents (300 DH)**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
TROIS CENTS DH

REGLEMENT : CARTE

CENTRE RADILOGIE ANFA
5, rue Ali Abderrazak
CASABLANCA
Tél.: 0522.94.97.97 / 98 / 99

Docteur Jawad EL AOUD

Ancien Interne en Titre des Hôpitaux de Montpellier
Spécialiste en Radiodiagnostic et Imagerie Médicale
D.E.S de Radiologie
Membre de la Société Française de Radiologie
Docteur d'Etat en Médecine



مركز أنفا للفحص بالأشعة
CENTRE RADILOGIE ANFA
Casablanca, le 23/03/2021

Patient : **EL GUEROINI MARIAM**

PANORAMIQUE DENTAIRE

*Mon cher confrère,
Veuillez trouver ci-dessous le compte rendu de l'examen pratiqué dans notre centre.*

Examen réalisé grâce à un Cone Beam Planmeca 3D+ mise en service en janvier 2018.

Indication:

Bilan dentaire et osseux.

Technique:

Panoramique dentaire.

Résultats :

- Pas d'anomalie focalisée de la structure osseuse.
- Pas d'image radio-claire apico-dentaire.
- ATM de morphologie normale.

NB : Pour enregistrer le fichier image sur le disque dur : clic droit sur le nom du patient figurant sur le tableau et exporter JPG puis enregistrer dans un dossier.

Merci de votre confiance

Docteur Jawad EL AOUD

CENTRE RADILOGIE ANFA
5, rue Ali Abderrazak
Tél: 0522.97.97.98/99