

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3235

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : NEJDIA Naima

Date de naissance : 2-1-45

Adresse : Les du Palais Rue Allal Ben Abdellah Chacri 3ème etage

Tél. : 06 61 15 62 76

Total des frais engagés : 1500 + 167,50 = 1667,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/1/2023

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même

Nature de la maladie : soins Dentaires

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

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
HARMACE LAHJAJMA Nadia EMMAR Avenue du Pharaon - El Manzala - Tél.: 05 22 20 28 67	20.01.23	167,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

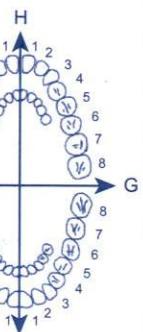
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	
		Extraction Chirurgicale Incladet - D4	D4?	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	48	48	1500.-	MONTANTS DES SOINS
			10.1.223	DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT			

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOCTEUR EL BELGHAMI –KADIRI CHAFIKA

Docteur 3^{ème} cycle en Sciences Odontologiques-Bordeaux, France

Postgraduate in periodontics-Columbia University, NY., U.S.A.

Agrégée de Parodontie.

Certificats d'Implantologie (Université de Louvain,Belgique)



Casablanca le, 10/01/2023

Patient(e) : NEJDI Naima

55,00 **Amoxil 1 g**



1 Comprimé 2 fois par jour pendant 07 jours

30,00 **Nodolfen 500 mg**



1 Comprimé 2 fois par jour pendant 4 jours

14,00 **Doliprane 1g**



1 Comprimé 3 fois par jour pendant 4 jours

68,50 **Kin 0.12% (B.B)**



3 fois par jour pendant 8 jours

BIRODGYL
CP PEL B15
P.P.V : 102DH00
PER : 12/2024
LOT : 22E004
6 118000 060567

PPV: 14DH00
PER: 10/25
LOT: L3610

NO - DOL FEN 400MG
CP PELL B30
P.P.V : 30DH00
PER : 08/2025
LOT : 22E005
6 118000 061878

KIN
Gingival

**Encías Gengivas
Gums Gencives**

22	13.25
LOT	UTAV
SOKAPHARM	P.P.C.
168.50	

DR KADIRI Chafika

T = 167.50

PHARMACIE LAHJAJMA
Nadia ZEMMAMA
Avenue du Prince Moulay Abdellah
Residence Taghazout
Casablanca - Tel: 05 22 20 28 67

12 , Rue Hassane, Longchamp Casablanca , Maroc

Tel: 05 22 36 13 24 / 05 22 36 13 95

DOCTEUR EL BELGHAMI -KADIRI CHAFIKA
Docteur 3^{ème} cycle en Sciences Odontologiques-Bordeaux, France

Postgraduate in periodontics-Columbia University, NY., U.S.A.

Agrégée de Parodontie.

Certificats d'Implantologie (Université de Louvain,Belgique

Casablanca, le 10 janvier 2023

Facture

Reçu la somme de 1500 dhs (Mille cinq cent dhs) honoraires d'une extraction de la dent 48 effectuées, à Mme NEJDI Naima

Dr. EL BELGHAMI KADIRI CHAFIKA
Parodontie - Implantologie
12, Rue Hassane Longchamp
CIL - CASABLANCA
Tél: 0522 36 13 24 - Fax: 0522 36 13 95

Patente 34837004 IF 40406450 INP 094012663 ICE 001637966000031

NAJDI, Nayma *01/01/58

01XP 25/11/22: 18:02:26, Vue

Dr KADIRI
CABINET DENTAIRE

