

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

- Reclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Déclaration de Maladie

M22- 0041149

157269

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8148

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL QUAHIDI REDOUANE

Date de naissance : 07/05/1969

Adresse :

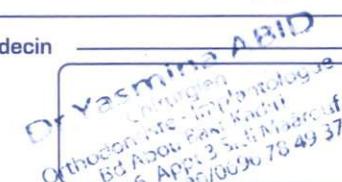
Tél. : 061 16 25 08

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/03/2019

Nom et prénom du malade : M. EL QUAHIDI REDOUANE Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

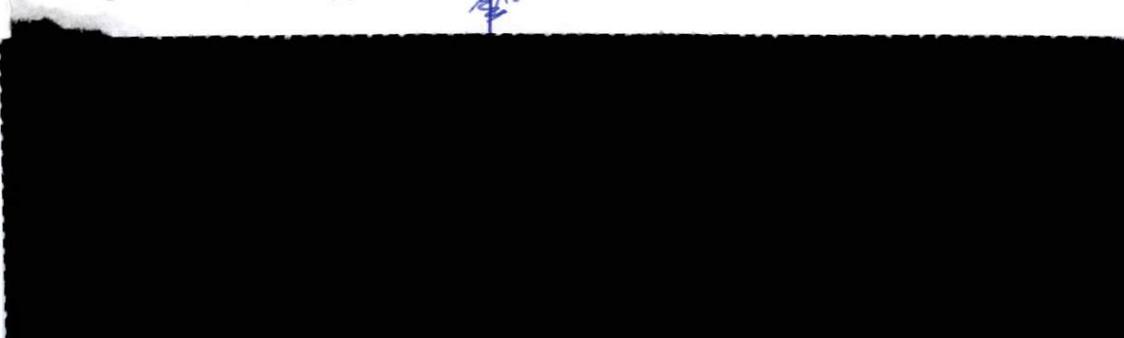
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 11/04/2019

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
28/03/2023 Cam Smith	CA	—	—	Orthodontiste Dr Vassilina Inayatova 6 Avril 2023 0522 90 83 25/06/2023

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
—	—	—
—	—	—
—	—	—
—	—	—

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
INPE 091047670	31-3-23	230.-	3000 HT

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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	Coefficient des Travaux
	—	—	—	MONTANTS DES SOINS
	—	—	—	DEBUT D'EXECUTION
	—	—	—	FIN D'EXECUTION
	—	—	—	Coefficient des Travaux
	—	—	—	MONTANTS DES SOINS
	—	—	—	DATE DU DEVIS
	—	—	—	DATE DE L'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412	21433552	
D	00000000	00000000		
	00000000	00000000		
	35533411	11433553		
G	B			
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

Dr . Yasmina ABID

CHIRURGIEN DENTISTE

Diplômée de la Faculté

De Médecine dentaire de Casablanca

Certificat des Urgences Odontologiques

Médicales et Chirurgicales

Soins, Prothèse, Chirurgie

Orthodontie Radio et Blanchiment, Implants

الدكتورة ياسمينة اعبيد

طبيبة جراحه الأسنان

خريجة كلية طب الأسنان بالدارالبيضاء

شهادة في المستعجلات الطبية والجراحية

علاج ، تركيب ، تقويم

جراحه ، أشعة وتبييض ، زرع

Casablanca le : ٢٠١٥/١٢/٢٥

الدارالبيضاء في :

Mr EL YOUSSEFI RBOUANÉ

② la radiologie

Dr. Youssef EL AOUA
ANFA RADIOLOGIE
6, Rue Ali Abderrazak - Casablanca
Tél.: 0522 94 97 97 / 96 / 99

INPE
091047670

شارع ابوبكر قادري، تجزئة سفيان، عمارة ب، الطابق الأول، شقة 3، سيدى معروف، الدارالبيضاء
Bd Abou Bakr Kadiri, Lotissement, En face de la maison «FIAT», Imm B-6, 1er étage
appartement 3 Sidi Maârouf Casablanca - Tél : 05 22 90 88 20 - 06 96 78 49 37



Casablanca, le 31/03/2023

Facture N° 2465/2023

Nom patient : **EL OUAHIDI REDOUANE**

Examen(s) réalisé(s) :
PANORAMIQUE DENTAIRE

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

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

REGLEMENT : CARTE

Dr Jawad EL AOUD
ANFA RADIOLOGIE
5, Rue Ali Abderrazak - Casablanca
Tel. 0522 94 97 97 / 30 98

INPE
091047670