

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

- 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 892 Société : RAS

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : HAMZA ZOHRA

Date de naissance : 1948

Adresse : 250 N°2 Sidi Othmane

en cas de maladie

Tél. : 06 72 13 60 56 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتورة شاهدي نعيم
Dr. CHAHDI NAIMA
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste Enfant et Adulte
Av. 10 Mars Bloc 58 N°119 - 2ème Etage
Sidi Othmane Casablanca - Tél: 0522 55 55 12
Email: dr.chahdi@yahoo.fr

Date de consultation : 02/01/2024

Nom et prénom du malade : HAMZA ZOHRA Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Dentaire

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N°: A-A-215 /2019

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
	07/07/24	137,50

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
			C / Dr	COEFFICIENT DES TRAVAUX <i>Dr</i>
				MONTANTS DES SOINS <i>100,-</i>
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION <i>02/01/24</i>

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

The diagram shows a dental arch with numbered teeth (1 through 8) on both the upper and lower arches. Arrows indicate movement directions: a vertical arrow at the top center points upwards, and a horizontal arrow at the bottom center points to the left. The teeth are arranged in a standard dental arch pattern, with the upper arch having a larger gap at the center and the lower arch having a smaller gap at the center.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET BACHEAU DU DOCTEUR CHAHAD HASSI
ORTHODONTISTE EN STOMATOLOGIE
Ave 20 Mars Bloc 58 N° 11 - 2ème étage
Sidi Othmane Casablanca - Tel: 0522 55 55 12
Email : dr.chahad@yahoo.fr

Docteur CHAHDI NAÏMA

Chirurgien Dentiste

Spécialiste en Orthopédie Dento-Faciale
Orthodontiste de l'enfant et de l'adulte
Lauréat de la faculté de médecine
de Dijon France



الدكتورة شهدى نعيمة

طسعة حادة للأسنان

الخصائص في تقويم اعوجاج الأسنان

كتاب وصفات

בְּנֵי קָרְבָּן וְנָבָת

خريجة كلية الطب بدمجون، فرنسا

Casablanca, Le : 02-01-2024

1/26. 29 Mrs. Hanga Dohno.

1) Augmentin 1g / 1 - 01 F

2) Ibu (BB) **SV** / 3 fois 15 x2 (Flacons)

3) oropropolis (Spray) / 3 fois 15

4) pericitin (Spray) (2 Bouteilles) **SV** flacons

69⁰⁰ / 3 fois 15

Dr. Abdeljabbar
10 Mars Bloc 50
CASA - Tel : 06.22.57.77.07
PHARMACIE NISRINE

Dr. CHAHDI NAIMA
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste Enfant et Adulte
10 Mars Bloc 58 N° 119 - Zéma El Eja
Sidi Othmane Casablanca - Tél: 0522555512
E-mail : dr.chahdi@yahoo.fr

شارع 10 مارس بلوك 58 - الرقم 119 - الطابق الثاني - سيدى عثمان - السبياء - الهاتف : 05 22 55 55 12

Av. 10 Mars Bloc 58 - N° 119 - 2^{ème} étage - Sidi Othmane - Casablanca - Tél. : 05 22 55 55 12 - ICE : 001668435000025

Perio
KID

22

11 25

Spray

LOT

UTAV

SOKAPHARM

69 00

PPG

Perio KID
Spray
SOKAPHARM
69 00

KID
Gingival

Encías Gengivas
Gums

23

LOT

02 26

UT.AV

SÖKAPHARM

PPG

68 50