

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]
Matricle : 2741

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

HAFID

Ahmed

1984

Date de naissance :

01.01.1984

Adresse :

Rue 1 2019 43 El houda
Berre Chid

Tél. :

0668640822

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. LAHOUIRY Mohamed
Chirurgien Dentiste
268, Bis Bd. Brahim Roudani
Tél: 05 22 23 19 80 - Casablanca

Cachet du médecin :

Date de consultation :

05/03/2024

Nom et prénom du malade :

HAFID Ahmed

Age: 1984

Lien de parenté :

Lui-même

Nature de la maladie :

R

Affection longue durée ou chronique :

ALD

ALC

Pathologie :

| | |
|-----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfant |
| <input type="checkbox"/> M | <input type="checkbox"/> F |
| 7600 1234567890 | SWEDOM |

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

Le : 05/03/2024

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 |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------------|------------------------------|------------------------|
| DR DAMI Khaïd Spécialiste en Radiologie Imagerie Médicale | 10/03/2014 | Radiologie | 200,- |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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 | CCOEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION CCOEFFICIENT 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 |
| B | 00000000 | 00000000 |
| G | 35533411 | 11433553 |

[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

Docteur Mohamed LAHOURY

Chirurgien Dentiste

الدكتور محمد لهويري

طبيب جراح للأسنان

الهاتف : 05 22.23.19.80

Casablanca, le :

45103192M

ORDONNANCE

Dr HAFID Ahmed

Réimpression

Dr. DAMEK Hafid
Spécialiste en Radiologie
Imagerie Médicale
Tél. : 05 22 58 10 16

Dr. LAHOURY Mohamed
Chirurgien Dentiste
268, Bd. Ibrahim Roudani
Tél: 05 22 23 19 80 Casablanca

Dr. DAMI Khalid

SPECIALISTE EN RADIOLOGIE

الدكتور نامي خالد

إختصاصي في الفحص بالأشعة

Casablanca, le 05/03/2024

FACTURE N° 26364/2024

NOM & PRENOM : HAFID AHMED

| EXAMEN | MONTANT |
|-----------------------|---------------------|
| RX PANORAMIQUE | deux cents (200 DH) |
| TOTAL | 200 DH |

Arrêtée la présente facture à la somme de deux cents (200 DH) DHTTC

Dr. DAMI Khalid
 Spécialiste en Radiologie
 Imagerie Médicale
 Tél. : 05 22 58 10 16

INFORMATIONS

LOT BELLE VUE N°76 BVD EL QODS SIDI MAAROUF/0522581016/EMAIL/ PATENTE : 36101452
 INPE : 091036046 / ICE : 002228941000012 / CNSS : 1308103 / RC: 428949 / IF : 34422052



Dr. DAMI Khalid
SPÉCIALISTE EN RADIOLOGIE



الدكتور دامي خالد
إختصاصي في الفحص بالأشعة

05/03/2024

Casablanca, le :

PATIENT : HAFID AHMED
 MEDECIN TRAITANT : DR LAHOUIRI MOHAMED
 EXAMEN(S) REALISE(S) : RX PANORAMIQUE

Compte Rendu d'Examen

Panoramique dentaire après prothèses

APP : APMV 8 éléments haut en place

Sinus maxillaires libres

ATM d'aspect normal

Merci de votre confiance.

Dr. DAMI Khalid
 Spécialiste en Radiologie
 Imagerie Médicale
 Tél. : 05 22 58 10 16

SCANNER MULTIBARETTES 32 COUPES - RADIOLOGIE NUMERISÉE - MAMMOGRAPHIE NUMERISÉE
 ECHOGRAPHIE - DOPPLER COULEUR - PANORAMIQUE DENTAIRE
 TELÉRADIOGRAPHIE - IRM SUR RENDEZ-VOUS

Lotissement Belle vue, Villa 76, Près de Casa Nearshore, Boulevard Al Qods, Sidi Maârouf - Casablanca
 فيلا 76، تجئة المستقبل، قرب كازا نيرشور، شارع القدس، سيدى معروف - الدار البيضاء
 Tél. : 05.22.58.10.16 - Email : khalid.dami@gmail.com