

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

Déclaration de Maladie

N° W19-495782



| | | | |
|--|--|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input checked="" type="checkbox"/> Dentaire | <input checked="" type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | Société : | |
| Matricule : | 977 | | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : ELFAKIRY KELTOUH | | | |
| Date de naissance : 01/01/1949 | | | |
| Adresse : LOT ATTAADANOUNE RUE 1 INN 80 ALFA | | | |
| Tél. : | 0522894650 | Total des frais engagés : | Dhs |

| | |
|--|---|
| Cadre réservé au Médecin | |
| Cachet du médecin : | |
| | |
| Date de consultation : | 02/12/2019 |
| Nom et prénom du malade : EL FAKIRY | |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Frère |
| Nature de la maladie : | |
| 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 : | ACCUEIL |
| Signature de l'adhérent(e) | ACCUEIL |
| | ACCUEIL |

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | INP : |
| | | | |  |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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 |
|--|----------|------------------------------|------------------------|
|  Tél: 05 22 90 35 55 | 02/12/19 | 20/12/19 | 200,00 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|------------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

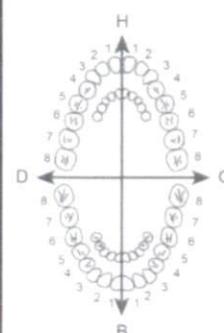
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

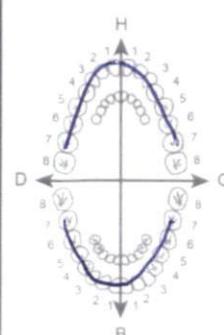
| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |



19 DEC. 2019

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession

P.A.T haut

et bas

(dens)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Dr. Hacna Al Attoufli
Chirurgien Dentiste
50, Tizi Zouzou - 7ème Etage Lissasta
Casablanca - Tel: 05 22 90 32 33

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Hacna Al Attoufli
Chirurgien Dentiste
50, Tizi Zouzou - 7ème Etage Lissasta
Casablanca - Tel: 05 22 90 32 33

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

D180

MONTANTS DES SOINS

4500 DH

DATE DU DEVIS

02/12/19

DATE DE L'EXECUTION

26/12/19

Docteur
Hasna Aït OUFQUIR
Chirurgien Dentiste
Diplômée de Faculté
de Medicine Dentaire
de Casablanca



الدكتورة
حسنا أيت أو فقير
طبيبة جراحه للأسنان
خريجة كلية الطب
بالدار البيضاء

Ordonnance

Casablanca, le : 26/12/2019

Facture

A l'attention de M^m EL FAKIRY KALTOUN

Total 4500 DH

Quatre mille cinq cent

dr hams

Dr. HASNA AIT OUFQIR
Chirurgien Dentiste
Casablanca - Tel: 05 22 90 32 33

Docteur
Hasna Aït OUFQUIR
Chirurgien Dentiste
Diplômée de Faculté
de Medicine Dentaire
de Casablanca



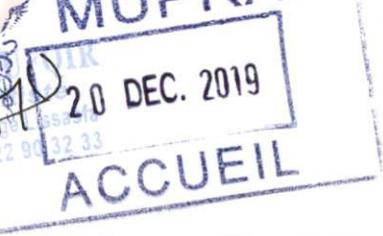
الدكتورة
حسنا ايت او قير
طبيبة جراحة للأسنان
خريجة كلية الطب
بالدار البيضاء

Ordonnance

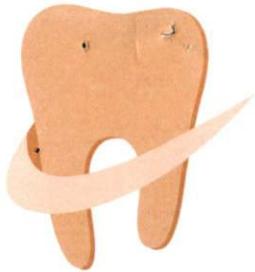
V

Casablanca, le 11 / 12 / 2019.

je soussignée HAF que EC FAKIRY
RETOUR nécessite de reprendre ses P.A.T
haut et bas parce qu'ils ne sont pas
stables et donc incommodants
esthétiquement et fonctionnellement.

Docteur
Hasna Aït OUFQIR
Chirurgien Dentiste
Diplômée de Faculté
de Medicine Dentaire
de Casablanca



الدكتورة
حسنا ايت او قغير
طبيبة جراحة للأسنان
خريجة كلية الطب
بالدار البيضاء

Ordonnance

Casablanca, le 02/12/2019

N° EL FAKIRY KALTOUN

Radio panoramique.

Dr. Hasna AIT OUFQIR
Chirurgien Dentiste
50, Lot Zoubir, 2ème Etage Lissasfa
Casablanca - Tél: 05 22 90 32 33

Centre de Radiologie El Oulfa
Bd. Oum Rabii - Rue 50 N° 2
Casablanca - 20220
Tél: 05 22 93 04 98 . Fax: 05 22 93 56 55

CENTRE DE RADIOLOGIE EL OULFA

Docteur Fatiha LASRI

Médecin Radiologue

Diplôme National de Spécialité.

Docteur Bouchaib ELMDARI

Médecin Radiologue

Diplôme National de Spécialité.

Diplôme Inter-Universitaire spcialisé-Nancy II.

Diplôme Inter-Universitaire spcialisé-Nancy II

Ex médecin attaché des Hôpitaux de Londres & Amsterdam.

Ex médecin attaché au CHU Ibn Rochd

Casablanca, le 02/12/2019

FACTURE N°11440/2019

NOM & PRENOM: EL FAKIRY KELTOUM

| EXAMEN | MONTANT |
|--------------------------|---------|
| RX. PANORAMIQUE DENTAIRE | 200 DH |
| TOTAL | 200 DH |

Arrêtée la présente facture à la somme de :DEUX CENTS DH TTC



Bd. Oued Oum Rabii – Rue 50, N°2- Oulfa – 20220 Casablanca
Tél. : 0522 93 04 93 / 05 22 93 05 93 / 05 22 93 32 99 – Fax 0522 93 563 Capital: 100 000, 00
Dhs - RC: SCP – TP: 37989156 – IF: 4049398 – ICE: 001581917000057
E-mail: radiologie-oulfa@.com



Docteur Fatiha LASRI

Médecin Radiologue

- Diplôme National de Spécialité
- Diplôme Inter-Universitaire de Spécialité - Nancy II
- Ex Médecin attaché des Hôpitaux de Londres & Amsterdam

- Scanner Spirale Corps Entier
- Dentascanner - Panoramique Dentaire
- Echographie Générale

Dr Bouchaïb EL MDARI

Médecin Radiologue

- Diplôme National de Spécialité
- Diplôme Inter-Universitaire de Spécialité - Nancy II
- Ex-Médecin attaché au CHU Ibn Rochd

- Echographie-Doppler Couleur
- Echographie Ostéo Articulaire
- Radiologie Numérisée

- Ostéodensitométrie
- Mammographie Numérisée
- Radiographie Rachis Entier
- Radio - Photo

Casablanca , le 02/12/2019

PATIENT

: EL FAKIRY KELTOUM

MEDECIN TRAITANT

: DR. AIT OUFQUIR Hasna

EXAMEN(S) REALISE(S)

: RX. PANORAMIQUE DENTAIRE

- Patiente édentée.
- Résorption de l'os alvéolaire.
- Procidence du fond des sinus maxillaires.
- Intégrité des canaux mandibulaires.
- Les ATM sont d'aspect normal.

Confraternellement

DR. LASRI FATIHA

*Centre de Radiologie El Oulfa
Bd. Oued Oum Rabii - Rue 50 N°2
Casablanca - 20220
Tel: 05 22 93 04 93 - Fax: 05 22 93 56 37*

I.S*