

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.

Diagnostique 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 canaux, 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 canaux.

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

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° P19- 0041263

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2763 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUDIR ELHOUSSAÏN

Date de naissance : 30/06/1952

Adresse : 149 Rue Michel MICHEL de l'Hôpital R/X

Tél. : 0666413413 Total des frais engagés : 200,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/01/2020

Nom et prénom du malade : BOUDIR ELHOUSSAÏN Age : 67 ans

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Rx panoramique

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 : 13/01/2020 CASA

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



RELEVÉ 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 - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

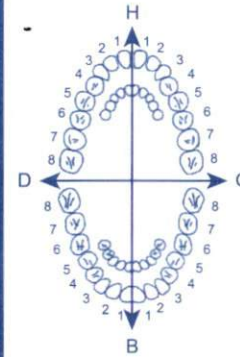
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



Count D
denti

COEFFICIENT DES TRAVAUX

Ds

MONTANTS DES SOINS

100.00

DEBUT D'EXECUTION

09.01.20

FIN D'EXECUTION

O.D.F

PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412
00000000

21433552
00000000

D

00000000
35533411

G

00000000
11433553

B

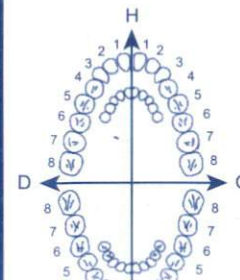
(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

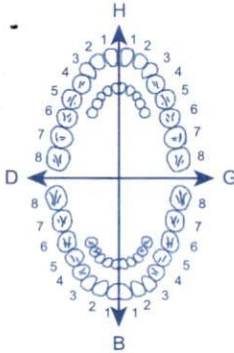


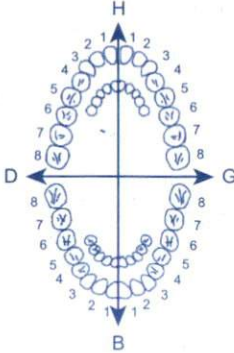
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
		<p>Count D</p> <p>devis</p>		CCEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text" value="D0"/>
				MONTANTS DES SOINS	<input type="text" value="bas-seg"/>
				DEBUT D'EXECUTION	<input type="text" value="09-01-202"/>
				FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<p>H</p> <table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			CCEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
			MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>												
			DATE DU DEVIS	<input type="text"/>												
			DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTES

Dr. MYARA Majda

Chirurgien Dentiste

Diplômée de la faculté médecine
dentaire de Casablanca
Soins-Prothèse- Orthodontie



د.ميارة ماجدة

جراحة الاسنان

خريجة كلية الطب
الأسنان بالدار البيضاء
علاج - تركيب - تقويم

Casablanca.le: 05 22 41-2070

M^r Bouadir EL Housaine

Expanor 94

DIAGNOSTIC ALMOULAHIDJ
Dr. Malika MOUSS BENMERT
de la Grande Ceinture, Rés. Al Mouahidine
05 22 34 15 36 / 37 - Fax: 05 22 34 15 36

Docteur MYARA MAJDA
67, Angle rue Augustin Surzac
et rue Zoubair Ibnou Al Awam Rés. Filali
Appt. 4 1^{er} Méditerranée - Casablanca
Tél.: 05 22 40 21 07

67, Angle rue Augustin Surzac et rue Zoubair Ibnou Al Awam.

Résidence Filali Appt 4 Roches Noires- Casablanca

tél: 05 22 40 21 07- GSM: 06 61 49 83 80

E-mail : myara.majda@gmail.com

RADIODIAGNOSTIC
AL MOUAHIDINE,

Dr.Malika MOUSS BENMERI

Spécialiste en Radiologie - DNS de la Radiologie
Diplômée de la faculté de médecine de Nancy



الفحص بالأشعة
الموحدين

الدكتورة مليكة موسى بنمري
إختصاصية في الفحص بالأشعة

Casablanca, le 13/01/2020

Facture N°304/2020

Nom patient : **BOUDIR EL HOUSSAIN**

Examen réalisé :
RX. PANORAMIQUE

Montant : **200 DH**

**ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
DEUX CENTS DH**

REGLEMENT : ESPECES

DR MOUSS
RADIODIAGNOSTIC AL MOUAHIDINE
Dr. Malika MOUSS BENMERI
Al Mouahidine
83, De la Grande Ceinture - Hay Mohammadi
Casablanca - Tél.: 05 22 34 15 36 / 37 - Fax: 05 22 34 15 36 - E-mail: rxmouss@hotmail.fr
Site Web: www.radiologie-mouahidine.com - Patente: 31836204 - I.F.: 48036204 - C.N.S.S.: 2559279 - I.C.E.: 001740047000002

إقامة الموحدين عمارة يعقوب المنصور (الطابق السفلي) شارع الحزام الكبير - الحي المحمدي - الدار البيضاء.

Résidence AL MOUAHIDINE - Imm. Yacoub Al Mansouri (R.D.C.) - Bd. Grande Ceinture - Hay Mohammadi
Casablanca - Tél.: 05 22 34 15 36 / 37 - Fax: 05 22 34 15 36 - E-mail: rxmouss@hotmail.fr
Site Web : www.radiologie-mouahidine.com - Patente : 31836204 - I.F. : 48036204 - C.N.S.S. : 2559279 - I.C.E. : 001740047000002

RADIOLOGIC AL MOUAHIDINE

Dr.Malika MOUSS BENMERI

Spécialiste en Radiologie - DNS de la Radiologie
Diplômée de la faculté de médecine de Nancy



الفحص بالأشعة الموحدين

الدكتورة مليكة موسى بنمري
إختصاصية في الفحص بالأشعة

Casablanca , le 13/01/2020

NOM DU PATIENT : BOUDIR EL HOUSSAIN 67 ANS
MEDECIN TRAITANT : DR MYARA MAJDA
EXAMEN REALISE : RX. PANORAMIQUE

- Dentition de type adulte incomplète avec extractions dentaires multiples.
- Bridge en place au niveau du secteur II.
- Quelques racines résiduelles au niveau du secteur II.
- Réaction péri apicale en regard de la 11 et de 44.
- Absence de granulome apical.
- Subluxation bilatérale des ATM.
- Bonne Pneumatisation du fond de sinus maxillaire.
- Les canaux mandibulaires sont respectés

Confraternellement

Signé : DR MOUSS M.

RADIOLOGIC AL MOUAHIDINE
Dr. Malika MOUSS BENMERI
Bd. De La Grande Ceinture, Rés. Al Mouahidine
Imm. Yacoub Al Mansour (R.D.C) - Casablanca
Tél: 05 22 34 15 36 / 37 - Fax: 05 22 34 15 36

إقامة الموحدين عمارة يعقوب المنصور 1 (الطابق السفلي) شارع الحزام الكبير - الحي المحمدي - الدار البيضاء.

Résidence AL MOUAHIDINE - Imm. Yacoub Al Mansour 1 (R.D.C) - Bd. Grande Ceinture - Hay Mohammadi
Casablanca - Tél.: 05 22 34 15 36 / 37 - Fax : 05 22 34 15 36 -E-mail : rxmouss@hotmail.fr

Site Web : www.radiologie-mouahidine.com - Patente : 31836204 - I.F. : 48036204 - C.N.S.S. : 2559279 - I.C.E. : 001740047000002