

Chart No: 152985

Nom: ELHANI AYMAN

2023-03-08 13:19

Sexe: Mâle Age: 23



70[kV] 2[mA] 0mGy*cm² Sensor 2023-03-08

RX 26

Nom de la clinique:

Adresse:

Médecin traitant: drDerbani

Coordonnées:

[illegible][illegible][illegible]

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Important :
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
 H D B	46	actif	0,75
	46	actif	0,75
	36	actif	0,75
	37	actif	0,75
	26	actif	0,75
	27	actif	0,75
MONTANTS DES SOINS			22000
DEBUT D'EXECUTION			
FIN D'EXECUTION			

094015278

100



Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le plan de l'ODF.

094015278

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

22000

DEBUT	D'EXECUTION

FIN
D/EXECUTION



(Création, remont, adjonction)

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION:

~~Dr. DEBBAH Chouaib~~

VISA ET CACHET DU PAYS D'ORIGINE A TESTANT A F. 10249 B

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

65, Bédoukhal, Jamila 3-C-
Casablanca-Tel: 05 22 55 08 21
ICE: 0010 23 98 0000 22

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

- 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 Alal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alal 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° W19-438672

10350

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **RAM**

Matricule : **10350** Société : **RAM**

Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : **ABDECHAH**

Nom & Prénom : **ELHAN**

Date de naissance : **07-06-1967**

Adresse : **0661M63A7**

Tél. : **0661M63A7** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin : **Dr. DERBANI Chouaib**

Cachet du médecin : **Chirurgien Dentiste**
65, Bd DAKHLA, Jamila 3-C-D
Casablanca-Tél: 05 22 35 08 21
TCE: 00 18 23 68 000 00 22

Date de consultation : **08-03-2023** Age : **56**

Norm et prénom du malade : **ELHAN** Conjoint ☐ Enfant ☒

Lien de parenté : **Conjoint**

Nature de la maladie : **Carie dentaire**

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-438672

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :
Date de dépôt :