

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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° W21-655624

Acc
Pec

17x6/6

| | | | |
|---|--|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input checked="" type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) | | Société : | |
| Matricule : 02414 | | Autre : | |
| <input type="checkbox"/> Actif <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | | Nom & Prénom : H.YAJ | |
| | | Date de naissance : 08/09/1954 | |
| | | Adresse : Sidi Maârouf 4, Rue 18, n°0105 | |
| | | Tél. : 0663849977 Total des frais engagés : Dhs | |

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

| | |
|---|--|
| Cadre réservé au Médecin | |
| Cachet du médecin : | |
| Docteur AOMAR LATRACH Chirurgien-Dentiste-Implantation Dentaire-Orthopédie-Dento-Faciale Sidi Maârouf 6 Av. Farouk Rahali N°173 Casa - Tél.: 05 22 80 99 27 | |
| Date de consultation : | 16.09.2023 |
| Nom et prénom du malade : Age: | |
| Lien de parenté : | <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant |
| 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 : Casablanca Le : 16/09/2023
Signature de l'adhérent(e) :

| | |
|--|---------------|
| VOLET ADHERENT | |
| Déclaration de maladie | N° W21-655624 |
| 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 : 02414
Nom de l'adhérent(e) : H.YAJ
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

02414
H.YAJ

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 15/09/23 | Rv | 1 | | INP : [REDACTED] |
| | | | | INPE 094016342 |

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 |
|--|----------|------------------------------|------------------------|
| Professeur Afina GHARBI Radiologie à Mars-Souda INPE : 091036178 | 15/09/23 | Plaque | 200,84 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICALS

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

VOLET ADHERENT

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

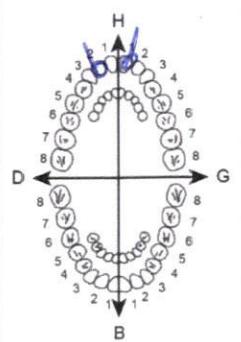
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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 | INP : |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | [REDACTED] |
| | | | | Coefficient des travaux |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |

O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Impants 21/12

+ barre C, 12

21. 11. 12

D200 + D600

D2600

2200,00 DH

16/09/2023

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS LATRACH

Chirurgien-Dentiste-Implantologiste
Dentaire-Orthopédie-Visage-Faciale
Sidi Maârouf 6 Av. Farhat Rahali
N°173 Casablanca Tél: 05 22 80 99 27

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

RADIOLOGIE

2 MARS - SOUNA S.A.R.L

Dr. Wadia ZAMIATI

Professeur en Radiologie



الفحص بالأشعة

2 مارس - السنة

Dr. Amina GHARBI

Professeur en Radiologie

- IRM 1,5 T
- SCANNER MULTIBARETTES
- ECHOGRAPHIE
- ECHO-DOPPLER
- ECHOGRAPHIE FŒTALE 3D, 4D
- MAMMOGRAPHIE NUMÉRISÉE
- SÉNOLOGIE INTERVENTIONNELLE
- PANORAMIQUE
- TELERADIO NUMÉRISÉE
- CONE-BEAM
- RADIOLOGIE NUMÉRISÉE
- RACHIS ENTIER - GONOMÉTRIE
- OSTÉODENSITOMÉTRIE
- RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE.
(SCANNER, ÉCHOGRAPHIE)
- RADIO-PHOTO

Casablanca, le 15/09/2023

Facture N° 07972/2023

Nom patient : **HIYAJ ABDELLATIF**
Examen(s) réalisé(s) :
RADIO PANORAMIQUE:

Montant : **DEUX CENTS (200 DH)**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
DEUX CENTS DIRHAMS

Professeur Amina GHARBI
Radiologue 2 Mars - Souna
INPE : 091036178



Dr. Wadia ZAMIATI

Professeur en Radiologie

Dr. Amina GHARBI

Professeur en Radiologie

- IRM 1,5 T
- SCANNER MULTIBARETTES
- ECHOGRAPHIE
- ECHO-DOPPLER
- ECHOGRAPHIE FŒTALE 3D, 4D
- MAMMOGRAPHIE NUMÉRISÉE
- SÉNOLOGIE INTERVENTIONNELLE
- PANORAMIQUE
- TELERADIO NUMÉRISÉE
- CONE-BEAM
- RADIOLOGIE NUMÉRISÉE
- RACHIS ENTIER - GONOMÉTRIE
- OSTÉODENSITOMÉTRIE
- RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE.
(SCANNER, ÉCHOGRAPHIE)
- RADIO-PHOTO

Casablanca, le 15/09/2023

Mr HIYAJ ABDELLATIF

RADIOGRAPHIE PANORAMIQUE (CONE BEAM)

- Manque des dents 11, 21, 16, 17, 24, 25, 36.
- 43 incluse au niveau de la symphyse mentonnière.
- Présence de deux implants au niveau du site de 46 et 47.
- Matériel de traitement dentaire.
- Parodontopathie modérée.
- Absence d'anomalie osseuse.
- Les deux ATM sont d'aspect normal.
- Aération normale des sinus maxillaires.

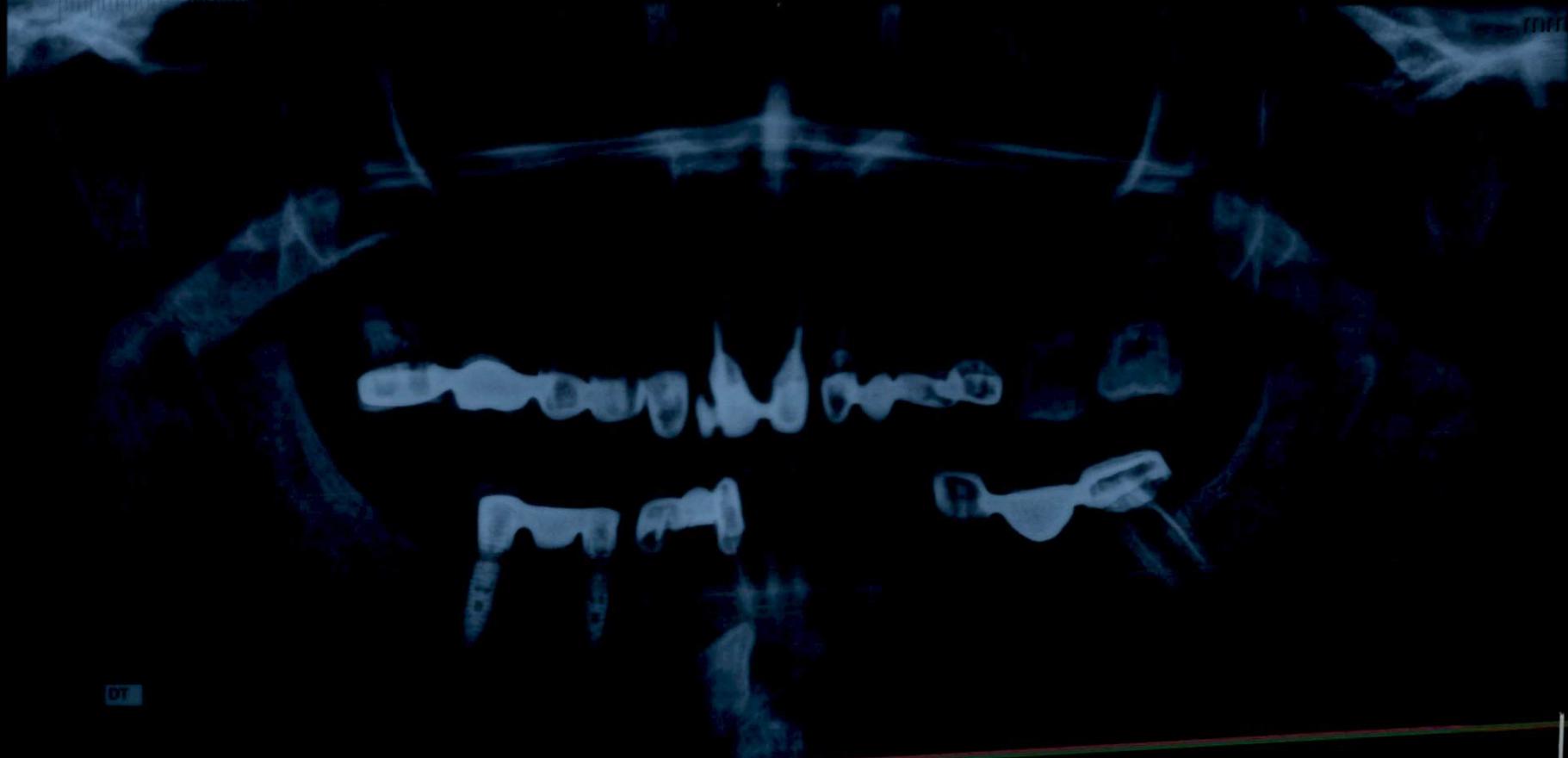
Avec mes amicales salutations.

*Pr GHARBI A.
Radiologie 2 Mars - Souna
532, Bd. 2 Mars - Casablanca
Tél : +212 522 800 600
+212 522 800 111
Fax : +212 522 800 900
Mail : radiologie2marsoune@gmail.com
INPE : 091036178
Professeur Amina GHARBI
Radiologue 2 Mars - Souna*

HIYAJ ABDELLATIF *08-09-54

RADIOPHARMACEUTICALS
IMAGING

01XP 15-09-23: Scan: 09:59:22, Vue



Print: 15 Sep 23 9:59:57

SIDEKIS XG 2.0