

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 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° M21-0030939

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9042

Société : R.A.M.

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre : Retraite

Nom & Prénom : M. LABIED Latifa

Date de naissance : 15/06/1963

Adresse : Habituelle

Tél. : 0676460261

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. TOULIAR Rachid
Chirurgien Dentiste
Angle Bd Abderrahmane et Rte
d'Azenmouir N°6 - Casablanca
Tél : 0522 90 98 35/0522 91 50 89

Date de consultation : 20/11/2023

Nom et prénom du malade : LABIED LATIFA

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Douleur prothèse 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° M21-30939

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 : 9042

Nom de l'adhérent(e) : M. LABIED

Total des frais engagés :

Date de dépôt : 29/11/23


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
	22/11/23	2 20	200,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

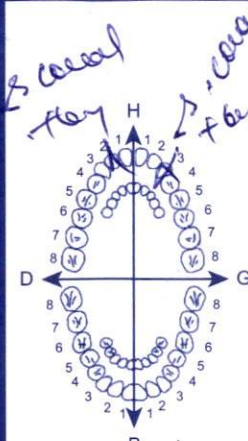
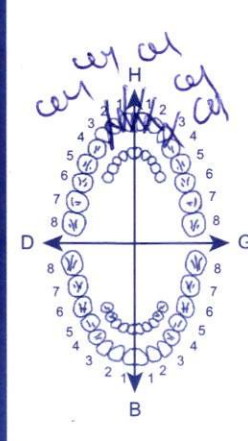
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
	1 2	S carot	1/2	COEFFICIENT DES TRAVAUX 240										
	1 2	Carot	1/2											
	2 3	S carot	1/2											
	2 3	Carot	1/2											
				MONTANTS DES SOINS 1000,00										
				DEBUT D'EXECUTION 										
				FIN D'EXECUTION 										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE										
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX 2900
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
00000000 35533411	00000000 11433553													
B														
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS 18.000,00											
2012.11 2360			DATE DU DEVIS 201123											
3012.22-23 2340			DATE DE L'EXECUTION 											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

IF : 2221555

Casablanca, le 22/11/2023

Facture N° 3691/11/2023

Nom patient : LABIED LATIFA

Examen(s) réalisé(s) : RX PANORAMIQUE

Date Examen(s) : 22/11/2023

Montant : 200 DH

Montant Produits : 0,00 DH

**ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
MONTANT TOTAL :
DEUX CENTS DIRHAMS**

RADIOLOGIE HAY HASSANI
ANFA
10, Imm. Communal Route d'Azemmour
et Bd Sidi Abderrahmane - Casablanca
Tél : 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07
Fax : 05 22 93 37 13

10, Imm. Communal. Angle route d'Azemmour et Bd Sidi Abderrahmane - Casablanca

Tél. : 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07 - Fax : 05 22 93 37 13

Patente : 35 00 38 66 - TVA : 73 39 10 - ICE : 001686337000022

Docteur Rachid TOUIJAR
Chirurgien Dentiste

الدكتور رشيد تويجر
طبيب جراحى للأسنان

CASABLANCA ,LE : 20/11/2023

Madame LABIED LATIFA

RADIO PANORAMIQUE

RADIOLOGIE HAY HASSANI
ANFA
10, Imm Communal Route d'Azemmour
et Bd. Sidi Abderrahmane - Casablanca
Tél : 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07

Dr TOUIJAR Rachid
Chirurgien Dentiste
Angle Bd. Sidi Abderrahmane et Rte
d'Azemmour 10 - Casablanca
Tél : 0522 90 98 35 / 0522 91 50 89



Dr. O. Alami

Spécialiste en Radiologie
Lauréate de l'Université Nancy I
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

Dr. N. Faris

Spécialiste en Radiologie
Lauréate de l'Université Nancy I
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

Casablanca , le 22/11/2023

PATIENT : Mme. LABIED LATIFA
MEDECIN TRAITANT : DR TOUIJAR RACHID
EXAMEN(S) REALISE(S) : RX PANORAMIQUE

Cher Docteur,

Je vous remercie de nous avoir adressé votre patiente dont voici le résultat de l'examen.

Rx PANORAMIQUE DENTAIRE

Examen fourni sur film, papier et DVD

- ❖ Parodontopathie horizontale, modérée diffuse.
- ❖ Matériaux prothétiques et obturations canalaires multiples.
- ❖ Absence d'anomalie péri-dentaire significative notable
- ❖ Procidence modérée des sinus maxillaires.
- ❖ Surcroît d'opacité au niveau du plancher du sinus maxillaire droit.
- ❖ Sinus maxillaire gauche libre.
- ❖ ATM normales.

Confraternellement

DR O. ALAMI



RADIOLOGIE
HAN HASSANI
LABIED LATIFA



0kV 8,0mA 15,7s 99,6mGy×cm² DATE 22/11/23