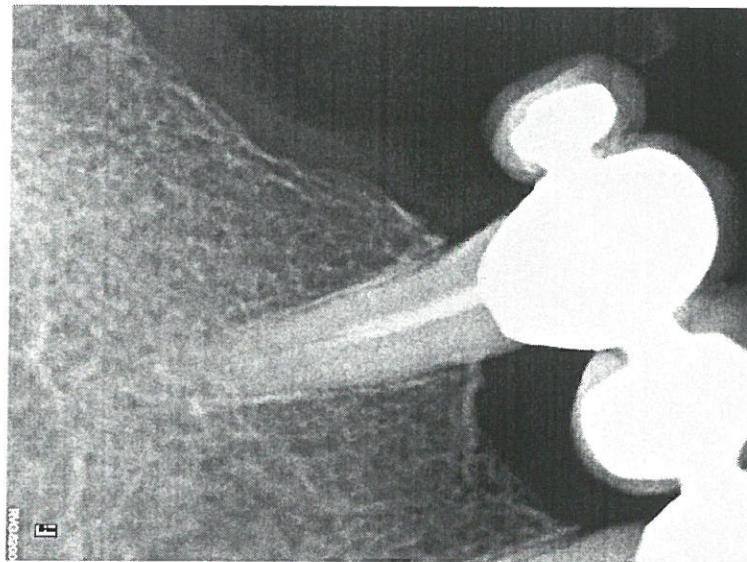
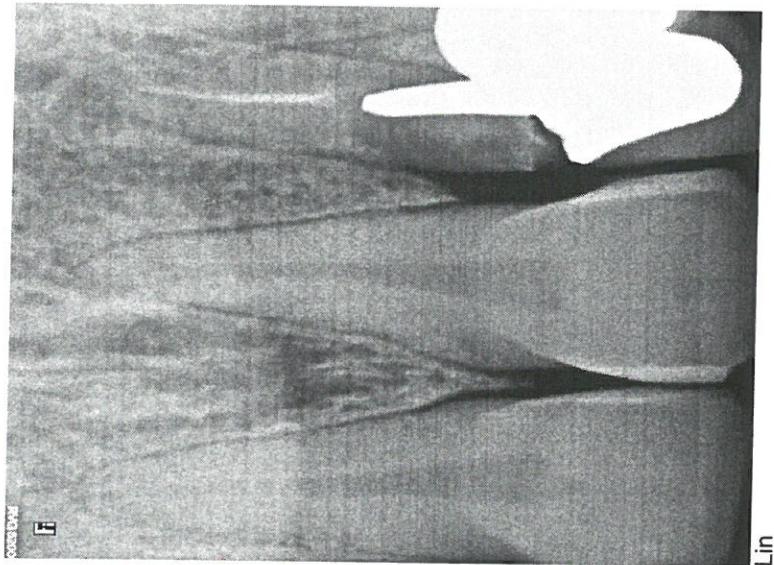


196958

Dr TOUJJAR Rachid
Dr TOUJJAR Rachid
Dentist Office
Dentist Office at Rue
Rue d'Angle Bab el Oued Casablanca
Angle Bab el Oued Casablanca
d'Angle Bab el Oued Casablanca
Tél: 0522 90 88 35 / 0522 91 50 89



~~DR TOUJJAR Rachid~~
~~DR TOUJJAR Rachid~~
Dr TOUJJAR Rachid
Dentiste à Casablanca
N° 105 rue Abdellatif Ben Youssef
Casablanca
Tél: 0522 90 9835 / 0522 91 50 89



~~Dr Rachid Toujar~~
Dr Rachid Toujar
Rue de la Kasbah
Bab El Oued
Algiers
Tel : 0522 90 98 33 / 0522 91 50 89

Dental Imaging Software V6, 14, 6, 3

Lin

| RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES | | | | | | |
|---|------------------------|---------------------------------|--|---|------------------------------------|-------------------------|
| Nature des Actes | Nombre et Gérficlient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes | Montant de la Facture ou du Fournisseur | Cachet du Pharmacien | ANALYSES - RADIOPHARIES |
| Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF. | | | | | | |
| Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins. | | | | | | |
| Important : SONS DENTAIRES | | | | | | |
| Dents | Nature des Traitements | Coefficients | Designation des Montants des Honoraires | Date | Demande et signature du Radiologue | AUXILIARIES MEDICAUX |
| DETERMINATION DU CEFFICIENT | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | | | | | | |
| MASTICATOIRE | | | | | | |
| DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS | | | | | | |
| DEBUT DE EXECUTION FIN DE EXECUTION | | | | | | |
| COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS | | | | | | |
| 9.00 12.00 18.00 18.00 | | | | | | |
| Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nom de la Clinique Montant détaillé des Honoraires | | | | | | |
| G 30 18.000,00 | | | | | | |
| DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS (Création, retrait, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | | | |
| DES DU DEVIS DATE DE EXECUTION LEXECUTION | | | | | | |
| D. TOUTJASAR Rachid VISA ET CACHT DU PRATICIEN ATTESTANT LEXECUTION VISA ET CACHT DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | | | |
| Tél: 0522 90 0035 / 0522 91 50 89 Agence de Nantes - Casablanca | | | | | | |

| RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES | | | | | | |
|--|------------------------|---------------------------------|--|---|------------------------------------|---------------------------|
| Nature des Actes | Nombre et Gérficlient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes | Montant de la Facture ou du Fournisseur | Cachet du Pharmacien | EXECUTION DES ORDONNANCES |
| Important : SONS DENTAIRES | | | | | | |
| Dents | Nature des Traitements | Coefficients | Designation des Montants des Honoraires | Date | Demande et signature du Radiologue | ANALYSES - RADIOPHARIES |
| DETERMINATION DU CEFFICIENT | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | | | | | | |
| MASTICATOIRE | | | | | | |
| DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS | | | | | | |
| DEBUT DE EXECUTION FIN DE EXECUTION | | | | | | |
| COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS | | | | | | |
| 9.00 12.00 18.00 18.00 | | | | | | |
| Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nom de la Clinique Montant détaillé des Honoraires | | | | | | |
| G 30 18.000,00 | | | | | | |
| DES DU DEVIS DATE DE EXECUTION LEXECUTION | | | | | | |
| D. TOUTJASAR Rachid VISA ET CACHT DU PRATICIEN ATTESTANT LEXECUTION VISA ET CACHT DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | | | |
| Tél: 0522 90 0035 / 0522 91 50 89 Agence de Nantes - Casablanca | | | | | | |
| Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutualité. | | | | | | |
| VOLT ADHERENT 30620 | | | | | | |

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Auto

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10926 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

196958

Nom & Prénom : AOUANI ASIL

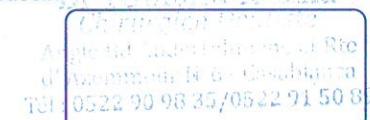
Date de naissance : 10/12/1973

Adresse : Représentant opâtre Royal Air Maroc

Tél. : 065614484 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 25/10/2023

Nom et prénom du malade : AOUANI ASIL Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Reflux et 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'attentif 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 : 28/02/2024

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° M21-055506

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 : 10926

Nom de l'adhérent(e) : AOUANI ASIL

Total des frais engagés :

Date de dépôt : 28/02/2024

Déclaration de Maladie

N° M21- 055506

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019