

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 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 une fois par an.

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

W21-834073

19 7470

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 361 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Douadi EL HADJ

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr TOULJAR Rachid

Chirurgien Dentiste

Angle Bd Abderrahmane et Rte

d'Azemmour N°6 - Casablanca

Tél : 0522 90 98 35/0522 91 50 89

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/2/2024

Nom et prénom du malade : Douadi EL HADJ Age :

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

Nature de la maladie : 2014 J post fracture de la

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie

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

W21-834073

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 :

[illegible][illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	16.02.24	320	200,00

[illegible]

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'O.D.F.					
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	
	34	caries	20		COEFFICIENT DES TRAVAUX 162 MONTANTS DES SOINS 155,00 DEBUT D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div> FIN D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>
	35	caries	20		
	44	caries	20		
	45	caries	20		
	46	caries	20		
	47	caries	20		
	48	caries	20		
(Total)					
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>H 25533412 00000000</div> <div>G 21433552 00000000</div> </div> <hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>D 00000000 35533411</div> <div>B 00000000 11433553</div> </div>				
	(Création, remont, adjonction) <small>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</small>				
	- Total Haut				360,00
	- Total Bas				240,00
	- Total				600,00
	DATE DU DEVIS				16/02/24
	DATE DE L'EXECUTION				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Angle Bd. Mohammed V et Rte
d'Azemmour - W6 - Casablanca
Tél : 0522 90 98 35 / 0522 91 50 89

Docteur Rachid TOUIJAR
Chirurgien Dentiste

الدكتور رشيد تويجر
طبيب جراحى للأسنان

CASABLANCA ,LE : 16/02/2024

Monsieur DOUADI EL HADJ

RADIO PANORAMIQUE

RADIOLOGIE HAY HASSANI ANFA
immeuble Communal Route d'Azemmour
Bd. Sidi Abderrahmane - Casablanca
tel 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07
Fax 05 22 33 37 13

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

16/02/2024
Casablanca, le

Facture N° 620/02/2024

Nom patient : DOUADI EL HADJ


Examen(s) réalisé(s) : RX PANORAMIQUE

Date Examen(s) : 16/02/2024

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
Immeuble Communal Route d'Azemmour
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 - IF : 2221555 - ICE : 001686337000022

**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 16/02/2024

PATIENT : Mr. DOUADI EL HADJ
MÉDECIN TRAITANT : DR TOUIJAR RACHID
EXAMEN(S) RÉALISÉ(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**

- ❖ Les cuvettes maxillaires sont libres.
- ❖ Alvéolyse horizontale maxillaire, diffuse et sévère
- ❖ Parodontopathie mandibulaire.
- ❖ Clarté péri apicale de 36.

Confraternellement**DR N. FARIS**

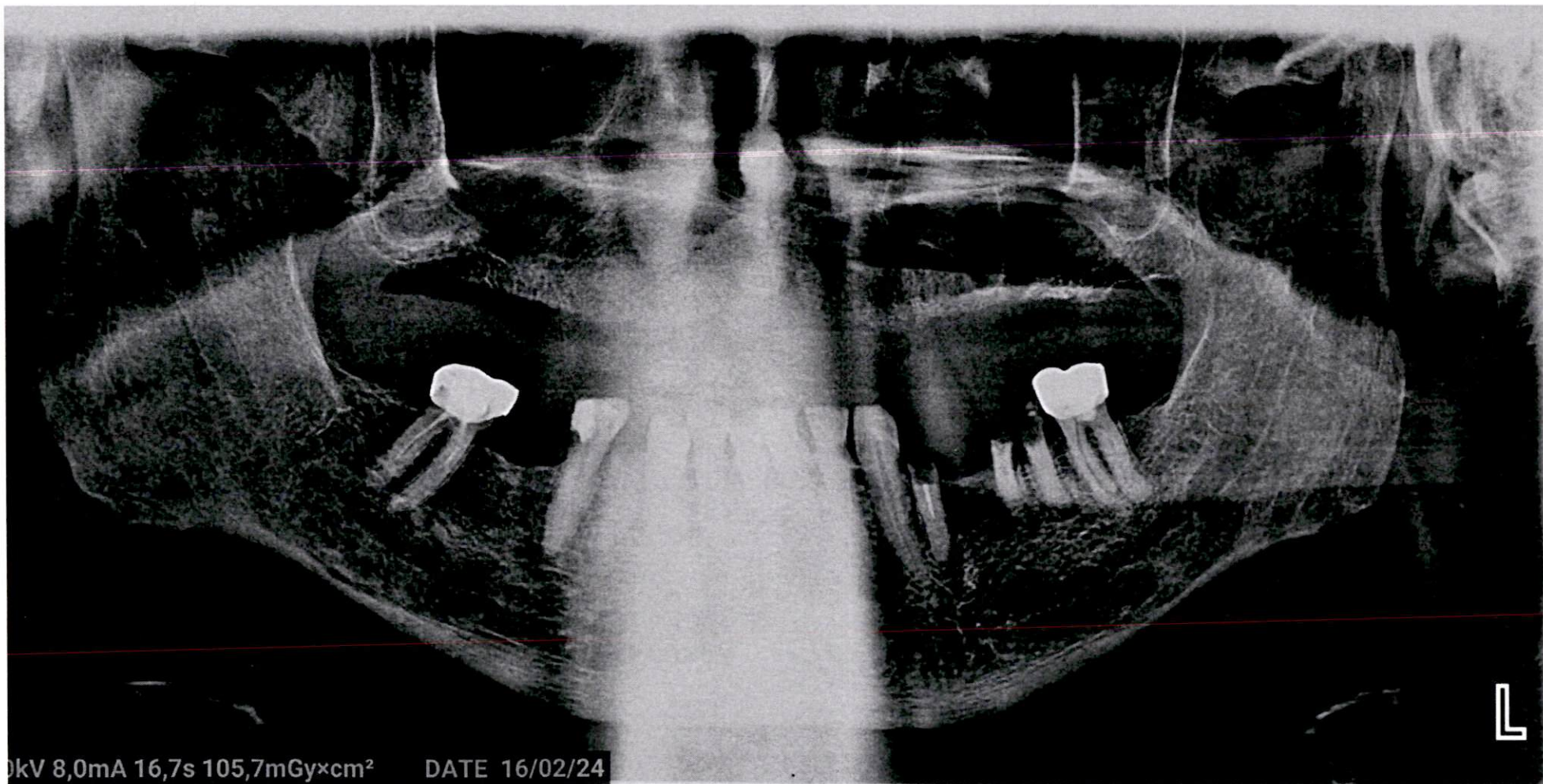
RADIOLOGIE PANORAMIQUE DENTAIRE NUMÉRISÉE

DOPPLER COULEUR ET ENERGIE



RADIOLOGIE
HOV HASSANI

DOUADI EL HADJ



D01401 F1-H2
10.4.1995

4

RADIOLOGIE HAY HASSANI

16/02/24

Scale 100%



66,0kV 8,0mA 16,7s 105,7mGy×cm²

L