

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.

Educateur :

- 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 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

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



Academy of Health

Déclaration de Maladie : N° P19- 0011654

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8902 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Date de naissance : 12 Jan. 2019
Adresse :
Tél. : 06 61 29 62 46 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/05/2019
Nom et prénom du malade : EL KATOUR GHALIA Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : S.S. - 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° P19- 0011654

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 :

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
	13 JUIN 2019	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	04-06-19		

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
	haut	consultat	D10	COEFFICIENT DES TRAVAUX 210 MONTANTS DES SOINS 200,00 DEBUT D'EXECUTION 16/5/1 FIN D'EXECUTION
	el bas	7		
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC



IMAGERIE MEDICALE BOURGOGNE

Dr. M.N. BENZAÏD, Dr. Lotfi EL FASSI, Dr. R. MOHATTANE

الدكتور محمد نجيب بنزايد الدكتور لطفي الفاسي الدكتور رشيد محتان

Rabat, le : mardi 4 juin 2019

FACTURE N° : 9052

Nom : Mlle Ghalia EL KATMOUR

Examen : TELECRANE - PANORAMIQUE DENTAIRE - -

Cotation : 171h + 72M

Tarif : 400 Dhs

Arrêté la présente facture à la somme de:
QUATRE CENTS DIRHAMS



BBR (Z31) [Signature]



04/06/2019 01:03:58 PM

ICE : 001582572000026 RC : 123143

30, Avenue Oqba, 10090, Agdal – Rabat.

IF : 40422288

CNSS : 8383846

Tel. : 0537 77 72 44/45 – Fax. : 0537 77 72 71

TP : 25741076

Dr. BHIJA Driss

Chirurgien Dentiste

Orthodontie Prothèse Soins



الدكتور أبهجة ادريس

إختصاصي في جراحة

وتقويم الأسنان

الرباط، في : 16/05/19

EL KATTOUR GHALIA

Dx Dehors angle

Tel 12x el profil

IMAGERIE MEDICALE
BOURGOGNE
30, Av. Océan Agdal - Rabat
Tél. 05 37 77 72 44/45
Fax : 05 37 77 72 71
INP 100000603

Dr. Driss BHIJA
ORTHODONTISTE
Tél : 05 37 73 66 71

Dr.Bhija Driss

Chirurgien-Dentiste

Orthodontie prothèse soins

الدكتور أبهيجه ادريس

اختصاصي في جراحة

وتقويم الاسنان

Le : 10/06/2019

COMPTE RENDU

El Katmour Ghalia

Fille de 14 ans

Analyse céphalométrique

- Diagnostic morphologique

L'angle FMA : 28°

Elle est normodivergent

- Diagnostic squelettique

L'angle SNA 83°

L'angle SNB 79°

L'angle ANB 4°

Elle présente une CLII squelettique

- Diagnostic esthétique

L'angle Z80°

Le profil esthétique est acceptable

- Analyse dentaire

Elle présente une CLI molaire droite gauche

Elle présente une CLI canine droite et de I canine gauche

Elle présente une DDM supérieur de 5m

Elle présente une DDM inférieur de 8m

Elle présente une sa supraclusion

- Plan de traitement

Traitement multibague sans extraction

Corriger la DDM

Terminer avec CLI canine et molaire

Lever la supraclusion

