

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

- 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.

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° W19-423891

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13250 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Drissi Dounia

Date de naissance : 19/10/1988

Adresse : 3 Rue Benghazi appt 4 RABAT

Tél. : 0659 35 2007 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Mounir EL HIMDY

Chirurgien-dentiste

2, Rue Ahfir, Appt. N°3 - Rabat

Tél: 05 37 73 32 01/05 37 70 33 95

04/07/19

Date de consultation : 17/06/2019

Nom et prénom du malade : DRISSI DOUNIA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : DRISSI DOUNIA

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 : Rabat Le : 24/06/2019

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-423891

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
.....	INP : <input type="text"/>
.....	
.....	
.....	
.....	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		(V.A) B.P. 100

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	22/06/15	Z 20	250 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

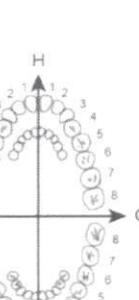
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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
		Consultation G	
			COEFFICIENT DES TRAVAUX
			MONTANTS DES SOINS
			DEBUT D'EXECUTION
			FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	
	[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

Dr. MOUFI EL HIMDY
Chirurgien-dentiste
2, Rue Antir, Apt. N°3 - Rabat
Tél: 05 37 73 32 01/05 37 70 33 95

Docteur EL HIMDY Mounir
Chirurgien-dentiste
Diplômé de la faculté de chirurgie dentaire de NANCY
Tél : 0537.73.32.01/0537.70.33.95
Mobile : 0662115424

RABAT 17 JUIN 2019

MLLE DRISSI DOUNIA

RADIO PANORAMIQUE DENTAIRE

Dr. Mounir El. **HIMDY**
Chirurgien-dentiste
2, Rue Ablir, Appt N°3 - Rabat
Tél: 05 37 73 32 01/05 37 70 33 95

Dr Sonia AMRI
Cabinet de Radiologie
72, rue Patrice Lumumba
Hassana - Rabat
Tél : 05 37 76 32 05 / 02

Scanner - Echographie - Radiologie Conventionnelle et Interventionnelle - Mammographie - Sénologie interventionnelle
- Radiologie Dentaire - IRM & PETSCANNER sur RDV

Rabat, le 22/06/2019

Facture

Je Soussignée certifie que
Mlle. DRISSI DOUNIA a effectué le bilan radiologique

PANORAMIQUE DENTAIRE NUMERISE

Dont le montant est : 250 DH

La présente note est arrêtée à la somme de :
DEUX CENT CINQUANTE Dirhams T.T.C

Valeur en votre aimable règlement

Dr Sonia AMRI

Dr Sonia AMRI
Cabinet de Radiologie
73, rue Patrice Lumumba
Rabat - Maroc
Tel : 0537763205 / 0537763202
Fax : 0537763205 / 0537763202

73, Rue Patrice Lumumba, Place Pietri, 10100 Rabat web site : radiologielemaghreb.com e-mail : radiologielemaghrebsonia@gmail.com

CNSS 2666652 - ICE 001586012000072 - IF 34204108 - TP 25126710-RIB 013 810 01372 000106 001 87 -INPE: 101011237



Cabinet de Radiologie

عيادة المغرب للفحص بالأشعة

Docteur Sonia AMRI

Scanner – Echographie — Mammographie – Sénologie – Radiologie Dentaire

Radiologie Conventionnelle et Interventionnelle

Rabat, le 22/06/2019

Nom et Prénom : DRISSI DOUNIA - 36 ans

Prescripteur : EL HIMDY MOUNIR

PANORAMIQUE DENTAIRE NUMÉRISÉ

Parodontolyse horizontale diffuse prononcée

Quelques dents manquantes.

Trajet oblique de la 48 bloquée par la 47.

Pas de lésion périradiculaire.

Epaississement muqueux polypoïde du fond du sinus maxillaire droit.

Pas d'anomalie osseuse mandibulaire ni des ATM sur cette incidence.

