

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.

| | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : 13327 | | Société : Royal Air Maroc | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : KHADDOUB ACHRAF | | | |
| Date de naissance : 06.10.94 | | | |
| Adresse : n°33 Latissement Nice I | | | |
| Télé. : 06.63.52.64.33 Total des frais engagés : 250 Dhs | | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin : | | | |
| Date de consultation : _____ | | | |
| Nom et prénom du malade : _____ Age : _____ | | | |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant | | | |
| Nature de la maladie : MUPRAS | | | |
| 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. 23 SEP. 2019 | | | |

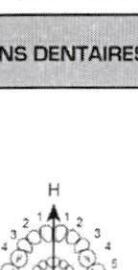
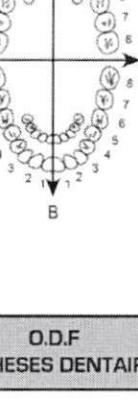
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.
Fait à : **Accueil siège/Ram** Le : _____
Signature de l'adhérent(e) : _____

| 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 |
| | 14 SEP. 2018 | PPR 1098.00 |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | | |
|--|------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| ANALOGIE MOHAMMED BEN ABBAS - 250 DH Dr SLIMANI & Dr BELEFQIH Av Abderrahmane Serghini. ① Tél 05 23 32 00 19 / Fax 05 20 31 58 40 | | | |

| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | Montant détaillé des Honoraires | |
|---------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|--|
| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | | |
| | | A M | P C | I M | I V | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| 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 | | | | | | | | | |
|  | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> | | | | | |
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION | | | | | |
| | | | | O.D.F PROTHESES DENTAIRES | | | | | |
| | | | |  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | |
| | | | | | H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ----- G 00000000 00000000 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'EXECUTION | | | | |

CABINET DE RADIOLOGIE DE MOHAMMEDIA



- ✓ RADIOLOGIE GÉNÉRALE NUMÉRISÉE
- ✓ PANORAMIQUE DENTAIRE NUMÉRISÉE
- ✓ MAMMOGRAPHIE NUMÉRISÉE
- ✓ ECHOGRAPHIE DOPPLER COULEUR
- ✓ SCANNER SPIRALÉ (3D)
- ✓ OSTÉODENSITOMETRIE

Dr SLIMANI H.Noureddine (RADIOLOGUE)
Diplôme de la faculté de médecine (Amiens – France)
CES de radiologie & diplôme en échographie
Ex. Attaché au C.H.U (Amiens – France)

Dr BELEFQIH Mounir (RADIOLOGUE)
Diplôme de la faculté de médecine de (Nancy - France)
Ex. Attaché au C.H.Ude (Nancy - France)

Mohammedia, le 18/09/2019

Facture N°18/09.1500

Nom patient : KHADROUB ACHRAF

Examen(s) réalisé(s) : RX/ PANORAMIQUE DENTAIRE

Montant : Deux cent cinquante (250 DH)

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
DEUX CENT CINQUANTE DH

REGLEMENT : ESPECES

**CABINET DE RADIOLOGIE
DE MOHAMMEDIA**
Avenue Abderrahmane Serghini
Tél : 0523 32 00 19
Fax : 0523 31 58 49

CABINET DE RADIOLOGIE DE MOHAMMEDIA



- ✓ RADILOGIE GÉNÉRALE NUMÉRISÉE
- ✓ PANORAMIQUE DENTAIRE NUMÉRISÉE
- ✓ MAMMOGRAPHIE NUMÉRISÉE
- ✓ ECHOGRAPHIE DOPPLER COULEUR
- ✓ SCANNER SPIRALÉE (3D)
- ✓ OSTÉODENSITOMETRIE

Dr SLIMANI H. Noureddine (RADIOLOGUE)
Diplôme de la faculté de médecine (Amiens – France)
CES de radiologie & diplôme en échographie
Ex. Attaché au chu (Amiens – France)

Dr BELEFQIH Mounir (RADIOLOGUE)
Diplôme de la faculté de médecine de (Nancy - France)
Ex. Attaché au chu de (Nancy - France)

Mohammedia , le 18/09/2019

PATIENT : KHADROUB ACHRAF

MEDECIN :

EXAMEN(S) REALISE(S) : RX/ PANORAMIQUE DENTAIRE

COMPTE RENDU

- Minéralisation normale de la trame osseuse sans anomalie mandibulaire.
- Rétention des dents de sagesse supérieures et de la dent 48 qui est horizontalisée.
- Absence de foyer péri-radiculaire.

En vous remerciant de votre confiance

*CABINET DE RADIOLOGIE
DE MOHAMMEDIA
Avenue Abderrahmane Serghini
Tél : 0523 32 00 19
Fax : 0523 31 58 49*