

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

ladie 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

 Maladie **Dentaire** **Optique** **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1543 Société : R.A.O.I

 Actif **Pensionné(e)** **Autre :**

Nom & Prénom : OULISSOUSS Boubacar

Date de naissance : 1 / 1 / 1950

Adresse : HOGAHAZ 3.N°1 Bd Esp de casab

Tél. : 067463 62 78

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

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

Nature de la maladie :

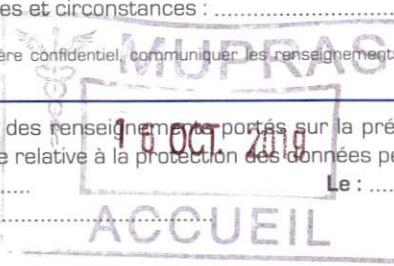
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) :

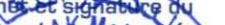
El Aoufi

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	14/10/09	225	250,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

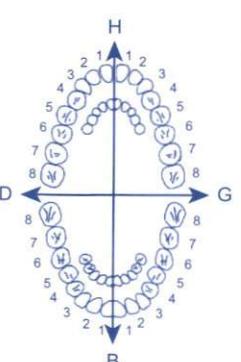
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS



بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِيْمِ



CABINET DE RADIOLOGIE

بِيَاتَةُ
الْفَحْصُ بِالْأَشْعَةِ

CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE NUMERIQUE ADULTES ET ENFANTS
RADIOLOGIE GENERALE - MAMMOGRAPHIE - PANORAMIQUE DENTAIRE - OSTEODENSITOMETRIE
ECHOGRAPHIE GENERALE - DOPPLER COULEUR - SCANNER - I.R.M.

الدكتور الدقاقي محمد

Docteur DEKKAK Mohamed

Spécialiste en Radiologie

Ancien Radiologue des hôpitaux Parisiens

Lauréat des Facultés de Médecine de

Paris, Crétel, Versailles, Montpellier et Rennes

• Radiologie Interventionnelle en Cancérologie

• Imagerie par Résonnance Magnétique

• Médecine du Sport

• Angiologie

FACTURE

N° 19101407 S

Nom : MR OUSSOUSS

Prénom : BRAHIM

Examen : RADIO-PANORAMIQUE DENTAIRE

Date de L'examen : 14/10/2019

Codification

Z25

Prix : 250 DH



Dr. DEKKAK M.

425, Bd. Mohammed VI
Casablanca

العنوان: 425 شارع محمد السادس
الدار البيضاء - المغرب

الرمز البريدي: 2560169 - رقم الملف: 001748662000003 - رقم الصك: 213 - رقم المهمة: 44600 - رقم المطبعة: 44600 - ص.و.ض.ج:

الهاتف: 05 22 80 41 45 (L.G.)

E-mail: m.dekkak@hotmail.com

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِيْمِ



CABINET DE RADIOLOGIE

CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE NUMERIQUE ADULTES ET ENFANTS
RADIOLOGIE GENERALE - MAMMOGRAPHIE - PANORAMIQUE DENTAIRE - OSTEODENSITOMETRIE
ECHOGRAPHIE GENERALE - DOPPLER COULEUR - SCANNER - I.R.M.

الدكتور الدقاقي محمد

Docteur DEKKAK Mohamed

Spécialiste en Radiologie

Ancien Radiologue des hôpitaux Parisiens

Lauréat des Facultés de Médecine de

Paris, Créteil, Versailles, Montpellier et Rennes

• Radiologie Interventionnelle en Cancérologie

• Imagerie par Résonnance Magnétique

• Médecine du Sport

• Angiologie

عيادة
الفحص بالأشعة

Casablanca, le : 14/10/2019

Médecin traitant : Dr FARADI M

Nom du patient : Mr OUSSOUSS
Brahim

Référence : 19101407 S

COMPTE - RENDU

RADIO-PANORAMIQUE DENTAIRE

RESULTAT :

- Absence de la 14, la 16, la 18, la 21, la 24, la 25, la 26, la 28, la 34, la 35, la 36, la 37, la 38, la 41, la 44, la 45, la 46 et de la 48.
- Persistance d'un fragment radiculaire au niveau de l'emplacement de la 24.
- Caries dentaires.
- Recul de la crête osseuse péri-alvéolaire témoignant d'une parodontopathie.
- Absence d'anomalie des A.T.M.

Bien fraternellement à vous.

Dr DEKKAK M.

