

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

No 3026 N° W19-450722 RWA

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	2096	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MADANE Noura			
Date de naissance : 01/04/1954			
Adresse : Rue Sultane Sultane Hiba Sultane Rue Said Abd			
Résidence Missan 1 zone claye n° 18 Casablanca			
Tél. : 06 54 41 69 09 23	Total des frais engagés : 669,00 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Dr. Agherbi Ahmed Chirurgien - Dentiste 19, rue 15, Hamila 5 Bd. Ouled Dhab Casab. Tel. 0526 08 10 99			
Date de consultation : 6.3.2019			
Nom et prénom du malade : NADIAWE WAHIDA Age:			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Soin 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 : Casablanca Le : 19/3/2019

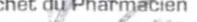
Signature de l'adhérent(e) :



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
	6/9/19	6910 09703527

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	12/09/19	Z 12	200 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 094015179												
<i>Reçu</i>		G	D6													
		48 EXT	D16	COEFFICIENT DES TRAVAUX D22												
		<i>Calad</i>	<i>D22</i>	MONTANTS DES SOINS 400,00 DH												
		<i>genatice ent</i>	<i>cte</i>													
		400,00 DH		DEBUT D'EXECUTION 6-9-2019												
				FIN D'EXECUTION 19-9-2019												
ODOF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
				MONTANTS DES SOINS												
				DATE DU DEVIS												
				DATE DE L'EXECUTION												

DOCTEUR AGHERBI AHMED
CHIRURGIEN DENTISTE'

Bd.Oued Eddahab Rue 156 N°19 Jamila 5
Cité Djemaâ CASABLANCA
(En face du jardin Anoual)
Tél. : 05-26-88-16-93

الدكتور اغيري احمد
طبيب جراحي للأسنان

شارع وادي الذهب الزنقة 156 الرقم 19 جميلة 5
قرية الجماعة (مقابل حديقة أنوال)
الدار البيضاء
الهاتف: 05-26-88-16-93

Casablanca, Le.....

06.09.19.

الدار البيضاء في:

4660

Padamai Naim
S.V.

0

Xenid Song qu



3 bas li

2250

apies. S.V.

0

0 Mi 2 Lo ng gelub



1 gelub fi

6910

7j 79
=

③ Adalouig
Sacot
1 Sacot 2619

Dr. Agherbi Ahmed
Chirurgien Dentiste
19, Rue 156 Hammam Sousse
Bd. Oued Djerid
Casa Tel : 0520 82 93

le Samah

A32110

Composition :

Oméprazole 20 mg
Excipients q.s.p 1 gélule

Excipients à effet notoire : saccharose.

Tenir hors de la portée des enfants.

Indications, contre-indications, posologie : voir notice.

A conserver à une température ne dépassant pas 25°C et à l'abri de l'humidité.

AMM : 330/DMP/21

Omiz 20mg
7 gélules



Omiz®
Oméprazole

20 mg

7 Gélules
Voie orale

7 Gélules
Voie orale
Microgranul

xénid 50mg
diclofénac
30 comprimés enrobés

LOT : 439 0
PER : 05/21
PPV : 46/20 DH

xénid 50mg
30 comprimés enrobés
6118000140511

30 قرصاً ملمسياً

مختبرات بيوكالينيك

كزنييد
دكلوفناك



Dr. SOUAD CHRAIBI
Dr. KHALID BENSOUDA
RADIOLOGUES

- I.R.M sur RDV
- SCANNER
- RADIOLOGIE GENERALE
- ECHOGRAPHIE-ECHO-DOPPLER COULEUR
- MAMMOGRAPHIE
- OSTEODENSITOMETRIE
- PANORAMIQUE DENTAIRE
- CONE - BEAM

الفحص بالأشعة
ابن امسيك - سيدى عثمان
الدكتورة سعاد الشرابي
الدكتور خالد بن سودة
إختصاصيان في الفحص بالأشعة

Casablanca, le 12/09/2019

Facture N° 06683\2019

Nom patient : **MADANE NAIMA**

Examen(s) réalisé(s) : **RX PANORAMIQUE**

Montant : **200 DH**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
DEUX CENTS DH

REGLEMENT : ESPECES

RADIOLOGIE
Ben M'Sik Sidi Othmane
9/21/22, Av. du 10 Mars Sidi Othmane
Tél : 05 22 37 65 45 / 08 08 37 05 83
Fax : 05 22 38 23 67
[Handwritten signature]



DOCTEUR AGHERBI AHMED

CHIRURGIEN DENTISTE

Bd.Oued Eddahab Rue 156 N°19 Jamila 5
Cité Djemaâ CASABLANCA
(En face du jardin Anoual)
Tél. : 05-26-88-16-93

الدكتور اغبري احمد

طبيب جراحي للأسنان

شارع وادي الذهب الزنقة 156 الرقم 19 جميلة 5
قرية الجماعة (مقابل حدائق أنوال)
الدار البيضاء
الهاتف: 05-26-88-16-93

Casablanca, Le..... 10.09.19 الدار البيضاء في:

Radiographie
des 2 maxillaires

Dr. Agherbi Ahmed
Chirurgien - Dentiste
19, rue 156 Jamila 5
Bd. Oued Dhab
Casa. Tél. 0526 88 16 93

RADIOLOGIE
Ben M'Sick Sidi Othmane
3/21/22, Av. du 10 Mars Sidi Othmane
Tél: 05 22 37 67 05 / 08 08 37 05 83
INP : 090000654

RADIOLOGIE

BEN M'SIK - SIDI OTHMAN

Dr. SOUAD CHRAIBI

Dr. KHALID BENSOUDA

RADIOLOGUES

- I.R.M sur RDV

- SCANNER

- RADIOLOGIE GENERALE

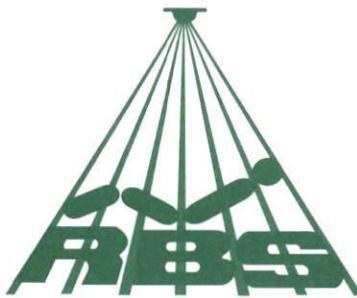
- ECHOGRAPHIE-ECHO-DOPPLER COULEUR

- MAMMOGRAPHIE

- OSTEODENSITOMETRIE

- PANORAMIQUE DENTAIRE

- CONE - BEAM



الفحص بالأشعة

ابن امسيك - سيدى عثمان

الدكتورة سعاد الشرايبى

الدكتور خالد بنسودة

إختصاصيان في الفحص بالأشعة

Casablanca , le 12/09/2019

Médecin traitant : DR AGHERBI AHMED

Nom du patient : MADANE NAIMA

Examen réalisé : RX PANORAMIQUE

COMPTE RENDU

- Cliché réalisé en taille réelle.
- Structure osseuse homogène.
- Minéralisation osseuse normale.
- Les ATM sont d'aspect normal.
- Extractions dentaires multiples.
- Soins dentaires multiples.
- Absence de kyste péri-radiculaire notable.
- Perte de substance coronaire importante sur la 48.

Confraternellement
Docteur SOUAD CHRAIBI

