

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.

Déclaration de Maladie

N° W19-415240

RIID



Maladie Dentaire Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7767

(16133)

Société : RAM

Actif Pensionné(e)

Autre : Retraité

Nom & Prénom : BENTAHILA SAAD

Date de naissance : 10/10/1959

Adresse : Lot le colline T Nr 24 Casab

Tél. : 066672659

Total des frais engagés : 800 + 2 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Salwa ABDELKHALEK
Chirurgien Dentiste
17 Rue Ibnou Mounir Résidence Alzara
3ème Etage Appt. N° 25 Maârif
Casablanca - Tél. : 05 22 25 81 26

T3 JAN. 2020

ACCUEIL

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/11/19

Nom et prénom du malade : Bentahila BENTAHILA

Age : 60

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie :

SAAD dentaire

Enfant

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 : 12/01/2020

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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 |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Gachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|---------------------------|------------------------------|------------------------|
| | 09/01/18 242 Rx Cane Bear | | 800 NTA |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | Montant détaillé des Honoraires | |
|---------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|--|
| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | | |
| | | 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 | INP : <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|---|------------------------|-------------|---|--|---|--|----------|----------|----------|----------|---|--|---|--|----------|----------|----------|----------|---|
| | | <i>Combination, Dr</i> | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> Dr. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> 300,00 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> 02/11/19 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> 02/11/19 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> <td>00000000</td> </tr> </table> | | | H | | G | | 25533412 | 00000000 | 21433552 | 00000000 | D | | B | | 35533411 | 00000000 | 11433553 | 00000000 | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| H | | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 00000000 | 21433552 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | | B | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 00000000 | 11433553 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur BAITE Mohamed

Chirurgien dentiste

- Ancien enseignant de la faculté de médecine de Casablanca
- Docteur en Médecine dentaire
- Certificat de biophysique des radiations et imagerie médicales Paris V
- Certificat d'études supérieures de technologie des matériaux employés en art dentaire Paris VII
- Diplôme universitaire de radiologie maxillo faciale Paris X
- Certificat 'études supérieures d'orthopédie dento facial Paris VII
- Diplôme d'implantologie oral DGZI GBOI German Board of oral implantologie Jordanie
- INPE:09.402.75.47 / ICE : 001668421000015 / N° Patente : 36362364 / IF : 144498 / n° CNSS:4157378

Casablanca le 04/11/2019

FACTURE

BENTAHILA SAAD

RADIOGRAPHIE CONE BEAM Z42

Montant des honoraires : 800 Dhs

Professeur BAITE Mohamed
Chirurgien Dentiste
Al Miaraj Centre, Angle Bd Anoual
Bd Abdelmoumen 3ème Etage N° 41
Tel: 05 22 86 59 86

AL Miaraj centre 301, Angle Bd Abdelmoumen & Bd Anoual 3ème étage n°41 Casablanca
Tel: 05 22 86 59 86
Mail: centredrbaite@gmail.com

Professeur BAITE Mohamed

Chirurgien dentiste

- Ancien enseignant de la faculté de médecine de Casablanca
- Docteur en Médecine dentaire
- Certificat de biophysique des radiations et imagerie médicales Paris V
- Certificat d'études supérieures de technologie des matériaux employés en art dentaire Paris VII
- Diplôme universitaire de radiologie maxillo faciale Paris X
- Certificat 'études supérieures d'orthopédie dento facial Paris VII
- Diplôme d'implantologie oral DGZI GBOI German Board of oral implantologie Jordanie

INPE:09.402.75.47 / ICE : 001668421000015 / N° Patente : 36362364 / IF : 144498 / n° CNSS: 4157378

Casablanca le 04/11/2019

COMPTE RENDU CONE BEAM

BENTAHILA SAAD

- Comblement partiel du sinus maxillaire droit.
- Lésion péri apicale en regard des racines de 12-11-21-22.
- Parodontopathie au niveau des dents restantes

Professeur BAITE Mohamed
Chirurgien Dentiste
AL Miaraj Centre, Angle Bd Anoual
et Abdelmoumen 3ème Etage N° 41
Tel: 05 22 86 59 86

AL Miaraj centre 301, Angle Bd Abdelmoumen & Bd Anoual 3ème étage n°41 Casablanca
Tel: 05 22 86 59 86
Mail: centredrbaite@gmail.com

CHIRURGIEN DENTISTE

طبيبة جراحة للأسنان

Diplômée de F.M.D.C

خريج كلية طب الأسنان بالدار البيضاء

Casablanca, le 02 - 11 - 19 الدار البيضاء في

M^{me}. BENTAHILA SAAD

Prise de réaliser chez le patient un
examen Cone beam maxillaire et mandibulaire
à la recherche de canules pour rendez vous
faciles

M. Salwa ABDELKHALEQ
Chirurgien Dentiste
117, Rue Ibnou Mounir - Résidence Azarka
3ème Etage App^t N° 25 Maârif
Casablanca - Tél.: 05 22 25 81 26