

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 canaux, 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 canaux.

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.

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A
Cadre réservé à l'adhérent (e) : **RAM**
Matricule : **2311** Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : **MENNI El Bachir**
Date de naissance : **12.03.49**
Adresse : **Rue RAM le Palmer Route d'Jorshela Bat B 112**
Tél. : **0661310993** Total des frais engagés : **150**

Cadre réservé au Médecin
MUPRAS
Cachet du médecin : **10 OCT. 2019**
Date de consultation :
Nom et prénom du malade : Age :
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'att. médecin conseil de la Mutuelle.
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.
Fait à : Le :
Signature de l'adhérent(e) : **ACCUEIL**

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.

RELEVÉ 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

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

on 10/10/19 216 Ra P f w 1500H

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

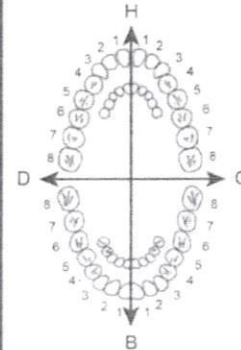
SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

INP :



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

00000000 00000000

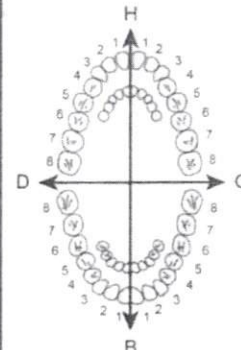
35533411 11433553

G

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'EXE

الدكتورة نادية سعدى

Dr Nadia SAADI

Chirurgien Dentiste



Casablanca, le: 30/09/2019

M. Nenni El bachir

Ra paraf

52, Rue Socrate Quartier Maârif Extension
3ème Etage Appt. 7 - Casablanca
Tél.: 05 22 25 32 78
CHIRURGIEN DENT
Docteur Nadia S.A.



Professeur BAITE Mohamed
Chirurgien Dentiste
Al Miaraj Center, Angle Bd Anoua
Bd Abdelmoumen, 3ème Etage N° 4
Tél: 05 22 86 59 86

52, Rue Socrate Quartier Maârif Extension 3ème Etage Appt.
Casablanca - Tél.: 05.22.25.32.78

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 d'études supérieures d'orthopédie dento faciale 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

Date le 01/10/2019

COMPTE RENDU DE LA RADIO PANORAMIQUE

MENNI EL BACHIR

- Bridge CCM 13-14
- Bridge CCM 12-11
- Bridge CCM 21-22
- Bridge CCM 44-45
- Bridge CCM 33-43
- Bridge CCM 34-35
- Lésions péri apicales en regard des racines de 45-44
- Lésion péri apicale en regard des racines de 34-35
- 36-37 à l'état de racine
- Edentation partielle maxillaire et mandibulaire.

Professeur BAITE Mohamed
Chirurgien dentiste
Al Miraj Centre, Angle Bd Abdou
Bd Abdelmoumen 3ème Etage N° 41
Tél: 05 22 86 59 86

AL Miraj 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 d'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 01/10/2019

Facture

MENNI EL BACHIR

RADIOGRAPHIE PANORAMIQUE : Z16

Montant des honoraires : 150 DH

Professeur BAITE Mohamed
Chirurgien Dentiste
Al Miaraj Center, 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