

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3707 Société : R.A.N

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Y.A.Z.V.O.T A.B.A.E.L.H.A.K

Date de naissance : 18-11-60

Adresse : Y.A.V.I. n° 00000 n° 1 q.s R.A.N.O.A.L.A.Z.H.A.N 5-84

ADPT 418 C.R.S.A - 74411 F

Tél. : 06 61 32 24 24 Total des frais engagés : 14923,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26.03.2024

Nom et prénom du malade : Y.A.Z.V.O.T A.B.A.E.L.H.A.K Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : S.A.I. - D.M. 2024

Affection longue durée ou chronique : ALD ALO Pathologie : 27 MAR 2024

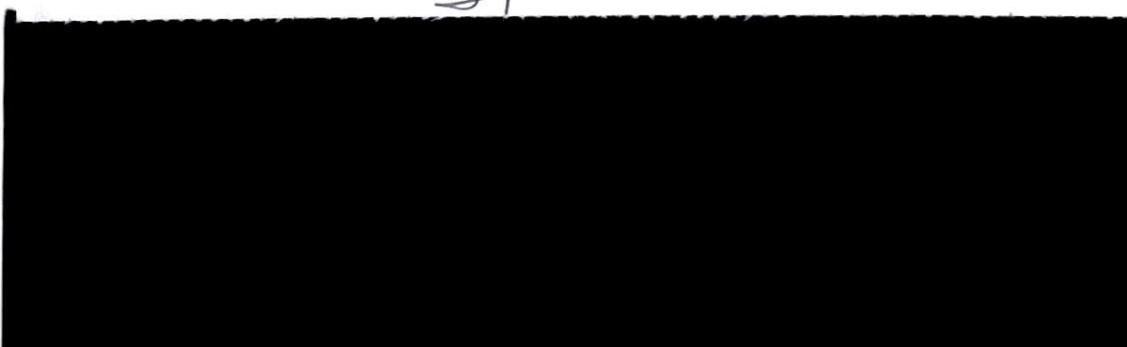
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 27.03.2024

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Formulateur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DAR'NAÏE Sofia NAÏME Lot Sofia 2 Rue Hassane N°1 Hay El Hane - Casablanca Tél : 0521 95 15 37	26/03/24	123,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES RADIGRAPHIQUES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIARIES MEDICALS

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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	
		15 <i>Corps</i>	15	Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				16/3/2022

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
25533411	111423552

The diagram shows a 16x16 grid of nodes, each containing a number from 1 to 8. The nodes are arranged in a pattern that forms a central loop with a width of 2. The grid is bounded by a thick black border. Arrows indicate movement paths: a vertical arrow pointing up from node 1 to node 2, a horizontal arrow pointing left from node 1 to node 15, a horizontal arrow pointing right from node 1 to node 17, and a vertical arrow pointing down from node 1 to node 19. The nodes are numbered as follows:

- Row 1: 1, 2, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
- Row 2: 2, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
- Row 3: 3, 4, 5, 6, 7, 8, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 1, 2, 3, 4
- Row 4: 4, 5, 6, 7, 8, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 1, 2, 3, 4
- Row 5: 5, 6, 7, 8, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 1, 2, 3, 4, 5
- Row 6: 6, 7, 8, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 1, 2, 3, 4, 5, 6
- Row 7: 7, 8, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
- Row 8: 8, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET PACTE DU PRATICIEN MÉTIER ET AUTRE EVOLUTION

DATE DE
L'EXECUTION

DOCTEUR EL BELGHAMI -KADIRI CHAFIKA

Docteur 3^{ème} cycle en Sciences Odontologiques-Bordeaux, France

Postgraduate in periodontics-Columbia University, NY., U.S.A.

Agrégée de Parodontie.

Certificats d'Implantologie (Université de Louvain, Belgique)



Casablanca le, 26/03/2024

Patient(e) : YAQUOT Abdelhak

102,00

Birodogyl

1 comprimé 2 fois par jour pendant 6 jours



Pansoral

3 applicatio par jour pendant 5 jours

21,50

*PHARMACIE PAR NAJME
Sofia NAJME
Lot Sofia 2 Rue Hassane N°7
Hay El Hana - Casablanca
Tél : 0522 95 15 37*

123,50

BIRODOGYL
CP PEL B15
P.P.V : 102DH00
6 118000 060567

Maphar
Bd Alkima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
PANSORAL GEL T15G
P.P.V : 21,50 DH
6 118000 012078

DR KADIRI Chafika

12 , Rue Hassane, Longchamp Casablanca , Maroc

Tel: 05 22 36 13 24 / 05 22 36 13 95

DOCTEUR EL BELGHAMI –KADIRI CHAFIKA
Docteur 3^{ème} cycle en Sciences Odontologiques-Bordeaux, France

Postgraduate in periodontics-Columbia University, NY., U.S.A.

Agrégée de Parodontie.

Certificats d'Implantologie (Université de Louvain, Belgique

Casablanca, le 26 mars 2024

Facture

Reçu la somme de 600 dhs (Six cent dhs) honoraires des soins dentaire effectués, à Mr YAQUOT Abdelhak

Signé :

DR EL BELGHAMI KADIRI C
Parodontiste-Implantologie
17 Rue Hassan II, 1000 Casablanca
Tél: 0522 56 13 21 - M: 0522 36 13 95

Patente 34837004 IF 40406450 INP 094012663 ICE 00163796600003130