

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

W21-831905

206829

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 9405

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENZNAID OTHMANE

Date de naissance : 22-01-1971

Adresse : N°18 Rés NADIR QUARTIER EL WIAM

.....
EL GULFA CASA

Tél. 06 61 23 63 83

Total des frais engagés : 1000,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Dr Fada Salim
Chirurgien dentiste
Bd 11 Janvier, Lot:378 Cite Agadir
Agadir - Maroc
05 28 21 75 04
08 08 63 08 25

Date de consultation : 19/02/2024

Nom et prénom du malade : Benhaddou, Hasna

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : Soins dentaires

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

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 : AGADIR

Le : 12/02/2024

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

ANALYSES - RADIographies			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr Faïc Chirurgien de l'Articulation Bailly 166 Avenue Jean 05 28 01 75 04 09 08 63 08 25	13/02/24	Gene Beam	600,00

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Praticien	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	Montant des Honoraires	Coefficient des Travaux											
	<i>1ex Det</i> <i>1ond Det</i>	<i>012</i> <i>012</i>	<i>200,00</i> <i>200,00</i>	<i>024</i>												
MONTANTS DES SOINS 400,00																
DEBUT D'EXECUTION 14/02/24																
FIN D'EXECUTION 19/02/24																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				Coefficient des Travaux											
	<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B		00000000	G	35533411	11433553
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B		00000000														
G	35533411	11433553														
(Création, remont, adjonction) Montant des Honoraires Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																
DATE DU DEVIS 																
DATE DE L'EXECUTION 																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																



CLINIQUE DENTAIRE
INTERNATIONALE
المصحة الدولية للأسنان

14/02/2024

NOTE D'HONORAIRE

Patient: Benhaddou Hasna

Le montant des honoraires payés à ce jour est de :

1000,00 DH

INPE: 044173227

ICE: 001901775000092

IF: 76144450



📍 Boulevard 11 janvier, en face du jardin abderrahman youssoufi, cité dakhla, agadir



CLINIQUE DENTAIRE
INTERNATIONALE
المصحة الدولية للأسنان

le cbci a été Réalisé à
fin de déterminer les Rapports
entre les dents de Sagesses
et les structures Dentaires
adjacentes



📍 Boulevard 11 janvier, en face du jardin abderrahman youssoufi, cité dakhla, agadir



Compte rendu

Nom & Prénom : Benhaddou Nasra

Rx Cone Beam, le 13/08/2018

Sur le plan général :

- Anomalie des bases osseuses : RAS
- Sinus maxillaires : RAS
- Condyles : RAS

Sur le plan dentaire :

- Formule dentaire : Complète
- Radio opacité coronaire : —
- Radio opacité radiculaire : —
- Radio clarté coronaire : —
- Radio clarté radiculaire : —
- A noter : —

ICE: 001901775000092

INPE: 044173227

IF: 76144450



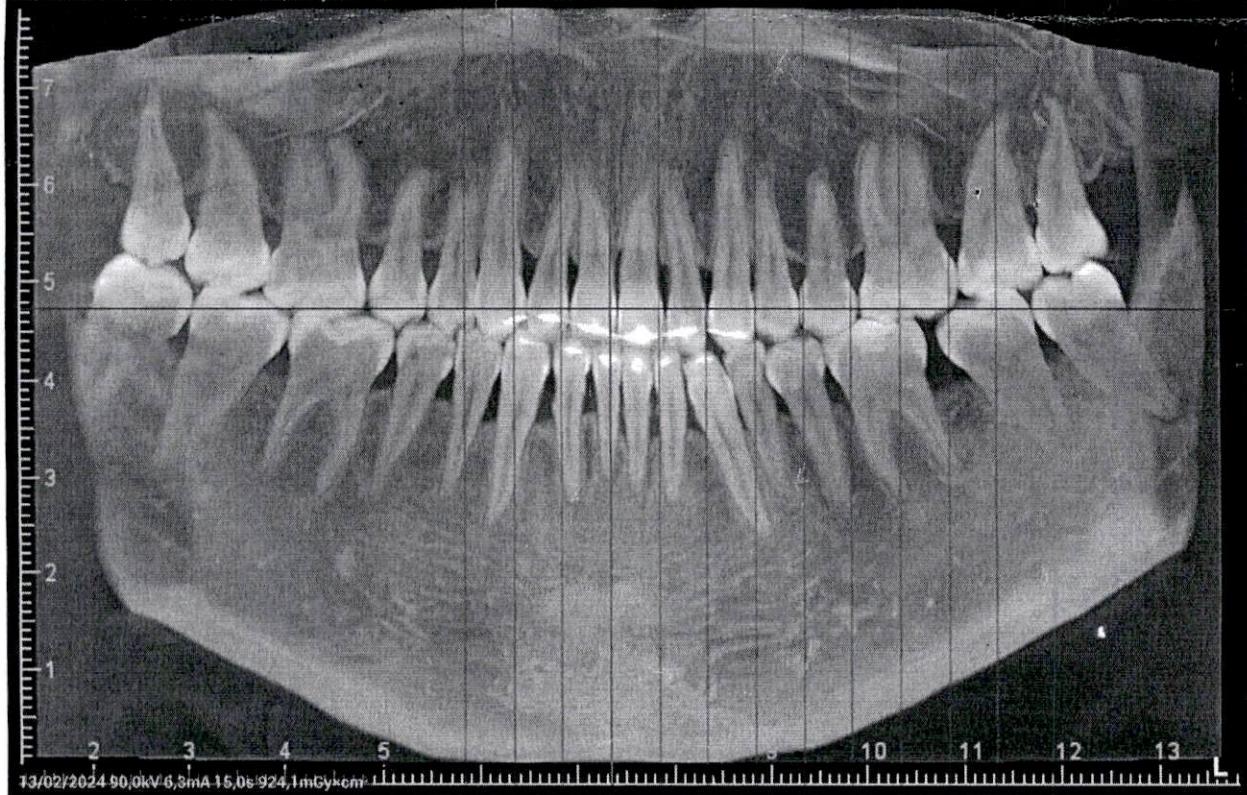
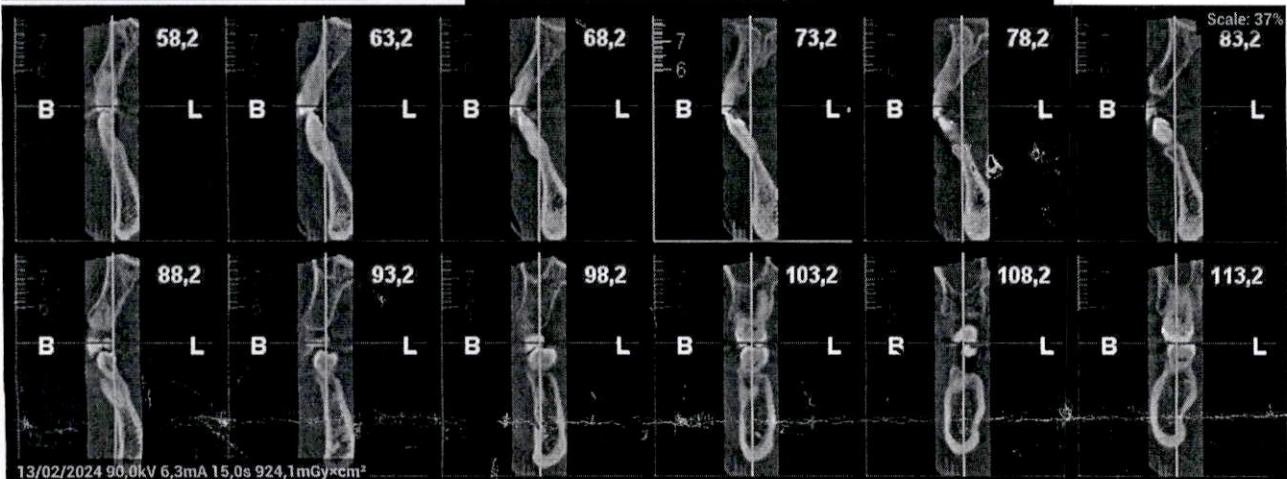
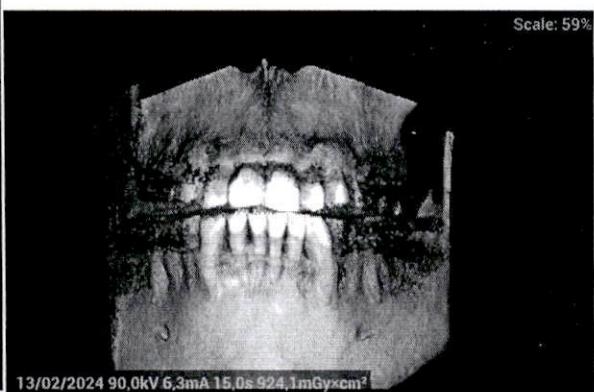
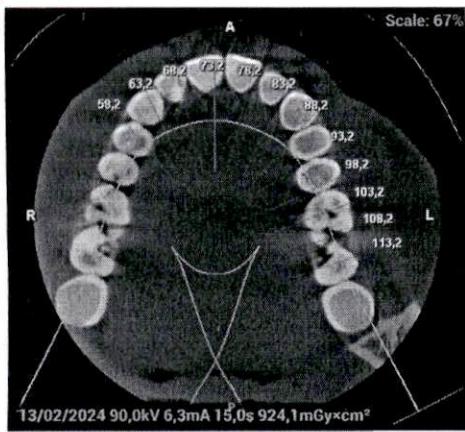
1
📍 Boulevard 11 janvier, en face du jardin abderrahman youssoufi, cité dakhla, agadir



Benhadda Hasna

DOB:

ID: 63763



Dr Fada Salim
Chirurgien dentiste
Bd 11 Janvier Lot 3/8 Casablanca
Agadir - Maroc
05 28 21 75 63
08 08 63 08 26