

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 21.211 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre : RATIBA 105

Nom & Prénom : RACHID Brahim Date de naissance : 31-12-1955

Adresse : 77 Rue 10 Lot El HADRA S. N
CASABLANCA

Tél. : 06.61.6.8.01.54 Total des frais engagés : 400 + 126,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/03/2014

Nom et prénom du malade : RACHID YAHNOSS 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'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 : 19/03/2014

Signature de l'adhérent(e) : B. YAHNOSS



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

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
  		

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
533412	21433552
000000	00000000
000000	00000000
533411	11433553

The diagram shows a dental arch with numbered teeth (1 through 8) on both the upper and lower arches. A coordinate system is overlaid, with the vertical axis labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom. The horizontal axis is labeled 'D' on the left and 'A' on the right. The teeth are numbered as follows: upper arch (left to right): 4, 3, 2, 1, 2, 3, 4, 5; lower arch (left to right): 5, 6, 7, 8, 1, 2, 3, 4. The numbers 1 through 8 are also placed at the intersections of the horizontal and vertical grid lines.

[Création, remont, adjonction]

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVISÉ

VISÉ ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Dr. Amine OTHMAN
Chirurgien Dentiste
Bd Med Baâmrani Res. Chabab
TR. C2A Imm. F3 Apt 4 Ain Sebaâ
Casablanca - Tel: 05 22 75 40 41

13/03/2024

Note d'honoraires

Patient : **el ouafi amina**

J'ai l'honneur de vous présenter les honoraires reçus,

dont le montant : **400,00 DH**

Soit : **quatre cents 'DH'**

Pour : ext 38

Dr. Amine OTHMAN

Dr. Amine OTHMAN
Chirurgien Dentiste
Bd Med Baâmrani Res. Chabab
TR. C2A Imm. F3 Apt 4 Ain Sebaâ
Casablanca - Tel: 05 22 75 40 41



Casablanca, le :

13/03/16

Mechid Younes

102.00

- D Rx - codage



PHARMACEUTICALS
"VITAMIN"
Lot: R101111
Sidi Ali Mokhtar 2, El HADRA
Tunisia 13100
Tel: 00216 71 300 100



24.60

2) Rx flacon

38.75

43.40

186.60



LOT : M23052
EXP : AOU 2025
PPV : 24.60 DH

Dr. AMINE OTHMANE
Chirurgien-dentiste
Bd Med Baamrani, Res chabab, Imm F3 TR C2A, Appt4 Ain Sebaâ
Casablanca
Tél.: 05 22 75 40 41 - Email : othman273@hotmail.fr