

INFORMATIONS IMPORTANTES À 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

Pathologie 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.

Éducation :

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.

Entaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

Pathologie 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

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.

MUPRAS : Centre Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

W21-844867

PR4FR05/V2/20-10-2023

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **2001** Société :

Matricule :
 Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **STADOUARH LATIFA** LATIFA
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : **06 61 14 44 61** Total des frais engagés : Dhs
199359

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin
Cachet du médecin : **Docteur Hicham Khayat**
765 Bd. Modibokeita - Casablanca
Tel: 05 22 82 51 51 www.dentaire.com

Date de consultation : **05/03/2024**
Nom et prénom du malade : **SEBRAZ RAMIA** Age:
Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
Nature de la maladie : **Bi.Pan ODF**
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 : **CASA** Le : **05/03/2024**
Signature de l'adhérent(e) : **ACCUEIL**



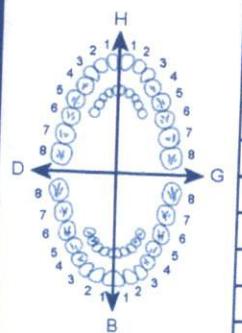
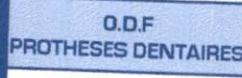
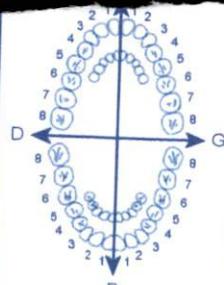
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Actes des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Méde attestant le Paiement des Ac
.....
.....
.....
.....

ANALYSES - RADIographies			
Cachet et signature du laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	05/03/21	D. Ram ODF	<u>1800 Dhs</u> Polyclinique Dentaire Casablanca Docteur Hieham Khayat

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	

— VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Polyclinique Dentaire
Docteur Hicham Khayat
765 Bd. Modiboketa - Casablanca
Tel : 05 22 82 51 51 www.cdentaire.com

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

		H
	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	Montant des Honoraires
---	-------------------------------

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

Casablanca, 05//03/2024

ORDONNANCE

Nom de patient : SERRAJ RANIA

Bilan ODF.

Signature Casablanca
Polyclinique dentaire Casablanca
Docteur Jallil SERRAJ RANIA
765, Bd Modibo Keita - Casablanca
Tél: 0522 82 51 51 - www.dentaire.ma

Casablanca, Le 05/03/2024

Mlle SERRAJ RANIA
COMPTE RENDU ODF

EXAMEN SCANNER

L'acquisition est faite par faisceau conique.

L'examen est effectué avec un logiciel de reconstruction spécifique dentaire.

Une série de reconstructions d'une épaisseur de 1 mm avec un espacement de 1 mm ont été réalisées.

PARAMETRES D'ACQUISITION

Durée d'exposition : 10.9 s

Dos effective estimée : 65.1 usv

Dose reçue par le patient (CTDI) : 2.27 mGy

Energie : 90 Kv

Taille Voxel : 0.34 x 0.34 x 0.34 (mm)

DIAGNOSTIC

- Cl II squelettique
- Cl II dentaire Angle
- Dysharmonie dento-maxillaire
- Proalvéolie maxillaire

Polyclinique Dentaire Casablanca
Signature : Docteur Hibaam Khayat
765 Bd Modibo Keita - Casablanca
Tel : 05 22 82 51 51 www.cdentaire.com



Casablanca, le 05/03/2024

**Note d'honoraire
480324**

Patient : Mlle SERRAJ Rania

Dent	Acte	Honoraire
1848	Bilan ODF	1 800,00
	TOTAL	1 800,00

Somme arrêtée à : un mille huit cents dirhams

Polyclinique Dentaire Casablanca

Polyclinique Dentaire Casablanca
Docteur Hicham Khayat
765 Bd. Modibo Keita - Casablanca
Tel : 05 22 82 51 51 www.cdentaire.com

SERRAJ RANIA
05/03/2024

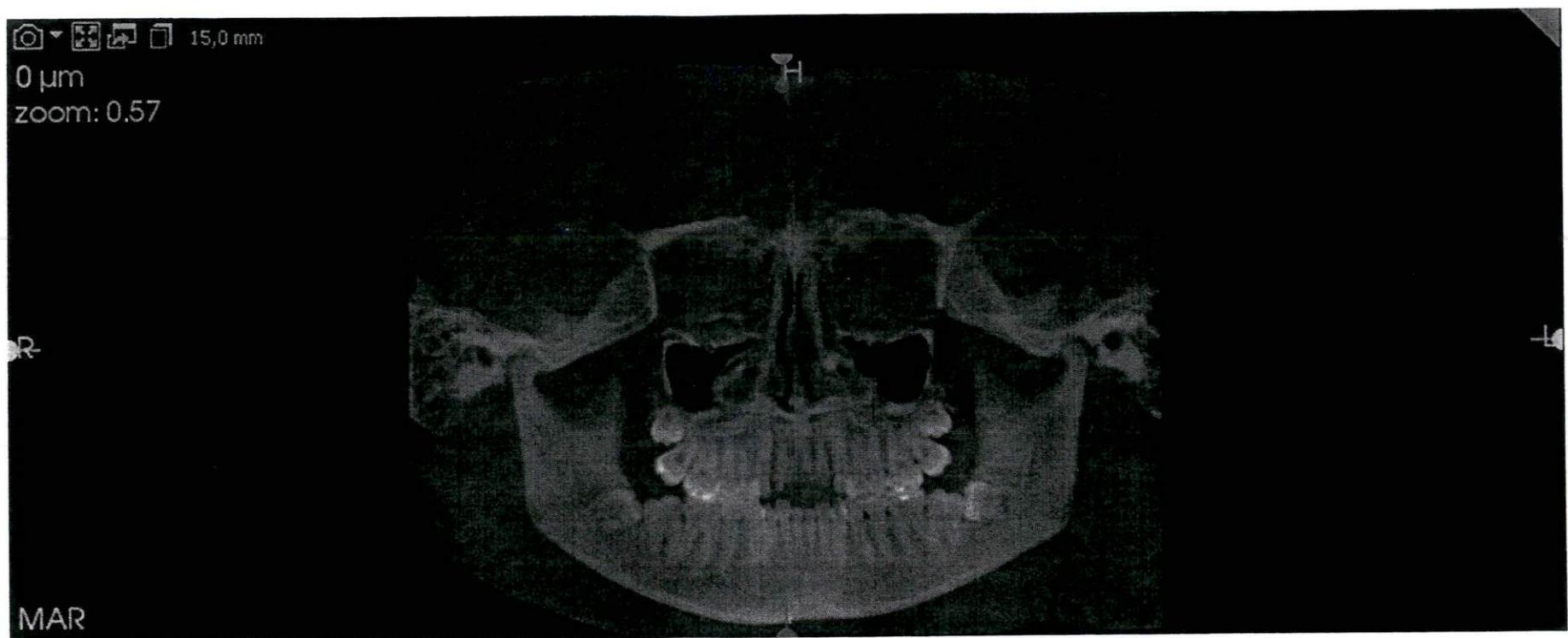


Polyclinique Dentaire Casablanca
Docteur Hicham Khayat
765 Bd. Modibo Keita - Casablanca
Tel : 05 22 82 51 51 www.cdentaire.com

SERRAJ RANIA

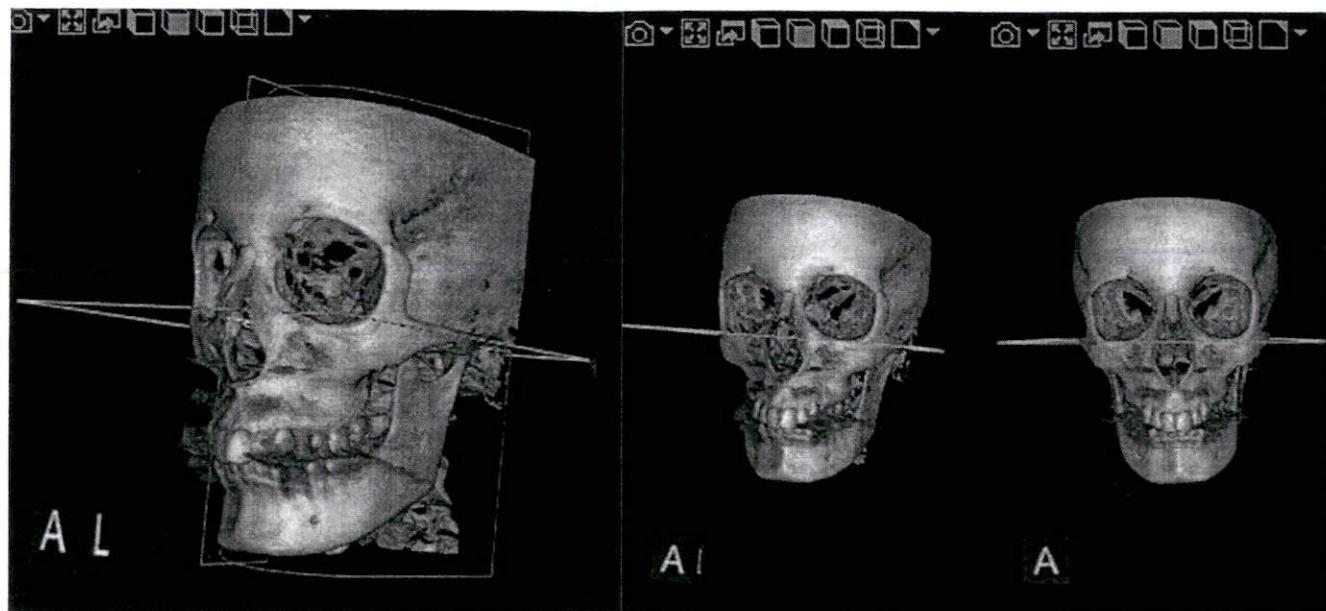
LE 05/03/2024

Polyclinique Dentaire Casablanca
Docteur Hicham Khayat
765 Bd. Modibo Keita - Casablanca
Tel : 05 22 82 51 51 www.cdentaire.com



SERRAJ RANIA
LE 05/03/2024

Polyclinique Dentaire Casablanca
Docteur Hicham Khayat
765 Bd. Modibo Keita - Casablanca
Tel : 05 22 82 51 51 www.cdentaire.com



SERRAJ RANIA

LE 05/03/2024

Polyclinique Dentaire Casablanca
Docteur Hicham Khaya
765 Bd. Modibo Keita Casablanca
Tel: 05 22 82 51 51 www.cdentaire.com

