

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.

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 5183

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SHAMI Fatima

Date de naissance : 01/01/1968

Adresse : R. Sami, Bd. Bourguiba, angle Rue Ibn

KALAKIS, N° 1300 - CASA

Tél. : 0605904320 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Khalid CHANNAW
Chirurgien Dentiste
Soins Dentaires - Parodontologie
Orthodontie Adultes - Enfants
Implantologie Orale - Dentisterie Esthétiques
Tél: 05 22 47 01 70 / 08 08 42 43 12

Date de consultation : 13/02/24

Nom et prénom du malade : SHAMI FATIMA Age :

Lui-même

Conjoint
 Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

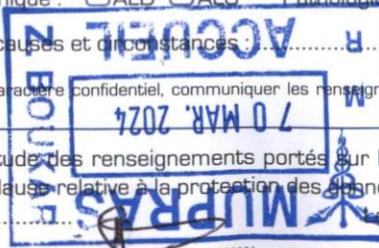
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 13/02/24

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

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE H. M. 100, Bd de l'Alma 75006 Paris	13.2.24	226,90

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
INPE: 091032378	15.2.24	302	260 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

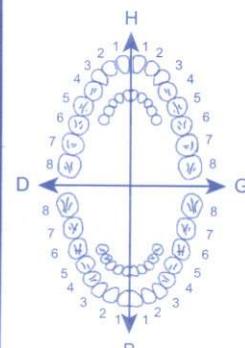
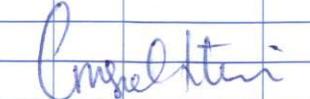
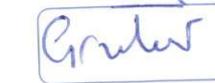
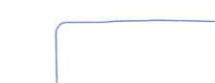
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX 74
				MONTANTS DES SOINS 
				DEBUT D'EXECUTION 
				FIN D'EXECUTION 
				Coefficient DES TRAVAUX 
				MONTANTS DES SOINS 
				DATE DU DEVIS 
				DATE DE L'EXECUTION 

ODF PROTHESSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASSTICATOIRE	
H	G
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

13 FEV. 2024

SHANI FATIMA



1- RADIOGRAPHIE PANORAMIQUE

2- TELERADIOGRAPHIE DE PROFIL

3- DENTASCANNER MAXILLAIRE

4- DENTASCANNER MANDIBULAIRE

5- CONE BEAM

Dr. BERRADA FATHI
Med. Abdou
Radiologie Postérieure
21 Rue Med. Seckiki 1er étage
Tél: 20.52.15.20.82.16.03.33

Dr. Khalid CHANNAWI
Chirurgien Dentiste
Parodontologie
Soins Dentaires
Orthodontie Adultes - Enfants
Implantologie Orale Dentisterie Esthétique
Tél: 05 20 08 08 42 43 *2

31, rue Abbas Mahmoud Al Akkad
20040 Casablanca

Tel. : 0522 470170

0808 424312

Cell. : 0661 165954

Email : khalid.channawi@gmail.com

Dr. Abdou BERRADA FATHI

الدكتور عبد الله براادة فتحي

Facture N° 15928/2024

Casablanca, le 15/02/2024

Nom patient : SHAMI FATIMA

Examen(s) réalisé(s) : PANORAMIQUE DENTAIRE:

Montant : deux cent cinquante (250 DH)

***ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME
DE : 250 DH***

Dr. BERRADA FATHI
Med. Abdou
Radiologie Bourgogne
41 Rue Med Sedki 1^{er} Etage
Tel 20.62.15/20.62.16 - Casa

Casablanca , le 15/02/2024

COMPTE RENDU DE : SHAMI FATIMA

DR : CHANNAWI

RX PANORAMIQUE DENTAIRE

- Suspicion de caries dentaires au niveau de la 16^{ème} et la 17^{ème} dent.*
- Absence de lésion ostéolytique ou ostéocondensante d'allure suspecte.*
- Pneumatisation satisfaisante du fond des sinus maxillaires.*
- Articulations temporo- mandibulaires conservés.*
- Voir avis médecin traitant.*

**Merci de votre confiance.
DR FATHI BERRADA**

Dr. BERRADA FATHI
Med. Abdou
Radiologue Bourgogne
41 Rue Med. Sedki 1^{er} Etage
Tél. 05 22 20 62 15 / 05 22 20 62 16 - GSM : 06 61 13 64 13 - Fax : 05 22 20 62 16
Patente N° 30201798 - CNSS N° 6393045 - I.C.E : 0018236899000022
E-mail:radbourgognecasa@gmail.com