

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses 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.

tique :

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.

ntaire :

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.

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



Accord préalable
Déclaration de Maladie
N° P19- 068934
OK

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 4151 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BOUKDOU Bouchra (BROUHOUA)

Date de naissance : 1/1/1949

Adresse : Casablanca

Tél. : 0663471851 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/06/2020

Nom et prénom du malade : Benkaddou RAHIMA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Dysfonctionnement de l'appareil (SADAM)

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 : 16/06/2020

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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	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.

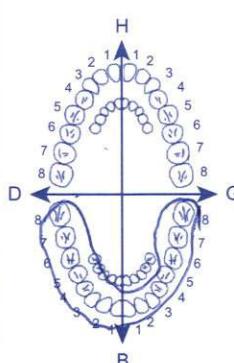
Important:

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553



(Création, remont, adjonction)

En conclusion, nous proposons l'application de la présente

Gothic in Dixie

avec fini de
décompression et fin

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET SACHET DE CHATIEN AU RESTAURANT LE BEIJING
Chirurgien Dentiste Azarki
117, Rue Benou Mounib Casablanca N° 25 Maârif
Casablanca - Tel.: 35 22 25 81 26

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION
DU CHIRURGIEN D'ARTS
TEL : 05 22 11 81 2
ICE : 001876760000

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'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				MONTANTS DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">H</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">D</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;">B</td> </tr> </table>			H	21433552	25533412	00000000	00000000	00000000	D	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	21433552														
	25533412	00000000														
	00000000	00000000														
	D	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
	[Création, remont, adjonction]			5000,00												
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS												
	<i>Gouttière du Buxiforme</i>			16-06-20												
<i>avec gouttière de décompression artificiel</i>			DATE DE L'EXECUTION													
			24-07-20													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Chirurgien Dentiste
Pédodontiste
117, Rue Moulay Ismaïl
B.P. 25 Maârif
Casablanca - Tél: 05 22 25 81 26

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DR. SALWA ASSEKHALEO
CHIRURGIEN DENTISTE
TEL : 05 22 25 81 26
ICE : 001876760000086

Docteur ABDELKHALEQ SALWA
CHIRURGEON DENTISTE
Diplômée de la F.M.D.C

الدكتورة سلوى عبد الخالق
طبيبة جراحة للأسنان
خريج كلية طب الأسنان بالدار البيضاء

Casablanca, le

16/06/2008
الدار البيضاء، في

Bilan diagnostique.

Mme Rachida Benkhalouf, présente à l'examen un déplacement dentaire réductible chirurgique avec des crépitations de l'ATM dte.

Elle présente également un luxation avérée.
Elle nécessite une prise en charge par orthèse occlusale pour décompresser les articulations et renforcer le luxation.

Dr. S. ABDELKHALAQ
Chirurgien Dentiste
Rue Ibnou Mounir - Résidence Azzarka - 3ème étage - Appt N° 25 - Maarif - Casablanca
Tél. : 05 22 25 81 26



Dr. Yahia KETTANI

SPECIALISTE EN RADIOLOGIE
DIU IMAGERIE MAXILLO-FACIALE

Dr. Rokia BENBOUBKER

SPECIALISTE EN RADIOLOGIE

IRM 1,5 T - Scanner 16 Barrettes - Echographie 3D/4D - Doppler Couleur - Radiologie Numérisée
Mammographie Numérisée - Radiologie Dentaire - Ostéo-Densitométrie - Radiologie Interventionnelle

Casablanca, le 18/06/2020

Patiene : BOUKDOUR RACHIDA

RADIOGRAPHIE PANORAMIQUE DENTAIRE

- Extractions dentaires et soins dentaires multiples.
- Alvéolyse mettant partiellement à nu les racines dentaires.
- Discrète ostéolyse péri apical en regard de la dent 16.
- Absence d'anomalie focale de la trame osseuse en dehors d'un foyer d'énostose au niveau de la branche horizontale droite de la mandibule.
- Aération normale des sinus maxillaires.

N.B: Radio panoramique
deja fournie.

Cordialement
DR. YAHIA KETTANI
DR KETTANI
Radiologie Ghandi 282
INPE: 091730329