

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.

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



Déclaration de Maladie

N° W19-564626

ND: 40075

OK

| | | | |
|---|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : 7061 | Société : RAM | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : Pauline Housset | | | |
| Date de naissance : 17/02/65 | | | |
| Adresse : 77 Bd Allal PR 55100 | | | |
| Tél. : 06 61 31 58 69 Total des frais engagés : 10000 Dhs | | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Dr MOUSSINE ALI Chirurgien Dentiste Tél: 022 23.67.87 (LG) | | | |
| Cachet du médecin : | | | |
| Date de consultation : 18/08/20 | | | |
| Nom et prénom du malade : Pauline Housset Age : 55 | | | |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant | | | |
| Nature de la maladie : consultation > soins | | | |
| 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **16/10/2020**

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 |
|-----------------|---|-----------------------|---------------------------------|--|
| 18/12/2016 | consultation ortho → pour faire un bilan | | | INR: 1094000 AND 163. Dr. MOUSSAINE AY Chirurgien Dentiste Tel: 022 35 87 11 22 |

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 |
|--|----------|-----------------------------|------------------------|
| <i>ENTER RADIOLOGIE ANNEE 5, N° 6 Ali Abderrazak CASABLANCA Tél. 94.67.97 - Fax 94.67.98</i> | 18/08/20 | 2150 | 1500,00 |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particulier | 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 l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca, le 18/08/2020

Facture N° 3245

Nom patient : **MOULINE HOUSSNA**

Examen(s) réalisé(s) :
CONE BEAM 2 MACHOIRES

Montant : **mille cinq cents (1500 DH)**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
MILLE CINQ CENTS DH

REGLEMENT : CARTE

CENTRE RADILOGIE ANFA
5, rue Ali Abderrazak
CASABLANCA
Tél.: 94.97.97 - Fax : 94.97.99

PRESCRIPTION POUR LA RADIOLOGIE CBCT, CT - SCAN
CAS : B-C-D

alj
EXCLUSIVE SMILE
 Docteur Alj Mouhssine
 Cosmétique et Esthétique Dent

| | |
|-------------------------|------------------|
| DATE : | 18/08/2020 |
| DE : | Dr ALJ MOUHSSINE |
| A : | |
| REFERENCES DU PATIENT : | Mouline Houssna |

Cher Docteur,

Je vous adresse mon patient muni de son porte empreinte Lego (ou duplicata de sa prothèse Lego) qui devra être placé correctement sur la mâchoire concernée pour la réalisation d'un CBCT-CT scan. Vous êtes priés de suivre les recommandations suivantes :

Mâchoire à scanner : Maxillaire

Mandibulaire

- Veillez à ce que le patient replace bien son porte-empreinte ou copie de sa prothèse en bouche ;
- Centrez le patient sur l'emplacement extra-buccal du porte empreinte Lego ou duplicata Lego, idéalement identique au centre de la distance bi-pupillaire ;
- Le patient doit mordre sur les 2 Lego latéraux collés sur le porte empreinte (ou duplicata) afin que ce dernier soit bien stable en bouche. En cas de besoin, ajustez en ajoutant des rouleaux de coton ;
- Assurez-vous que le plan occlusal du patient est placé horizontalement (en privilégiant les directives du Fabricant du Scan) ;
- Le patient ne doit ni bouger ni déglutir pendant que le scan est effectué ;
- Numérissez l'arcade dentaire complète ainsi que toutes les structures anatomiques environnantes ;
- Assurez-vous de la qualité de la numérisation en utilisant une résolution appropriée, des paramètres optimisés et un bruit réduit. Les images de scanner doivent être d'une qualité irréprochable ;
- Après avoir effectué votre examen, assurez-vous qu'il n'y a pas eu d'air entre le porte empreinte ou le duplicata et la gencive du patient ; ceci peut être détecté par des zones foncées sur l'image. Dans ce cas, il faut refaire le scan ;
- Assurez-vous que le Lego est bien visible et complet sur les coupes natives. Vérifiez que la forme du Lego n'est pas altérée ; sinon, il faut refaire le scan ;
- Veuillez m'envoyer les données du scanner avec le protocole radiologique sur DVD ou par internet (ex: Dropbox ou WeTransfer). Tous les fichiers DICOM doivent être au format de fichier export DCM ;
- Le DVD doit être finalisé et contenir le fichier EXE ou Autorun.

Sincères remerciements,

Dr. _____

CENTRE RADILOGIE ANFA
 5, rue Ali Abderrazak
 CASABLANCA
 Tél.: 94.97.97 - Fax : 94.97.99

