

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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 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.

ctique :

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 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.

ladie 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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données actère 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

NOUVAU

Déclaration de Maladie : N° P19- 0017926

 Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 4214 Société : R.A.N

 Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ABDELLAOUI HASSAN Date de naissance : 17/12/20

Adresse : Villa 72 lot Ain Dchir II 0050

Tél. : 0662 780571 Total des frais engagés : 250 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

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 : 17/09/2020

Signature de l'adhérent(e) :



16 SEP. 2020

ACCUEIL

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 Coefficients	Montant des Honoraires
 BERRADA M. 17, Rur Mohamed Ben Ali Tel : 0522 25 74 82 Fax : 0522 23 77 05	15/09/20	E ₃₁	250 DHS

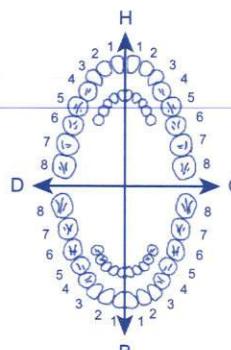
AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important

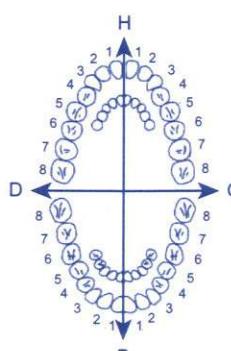
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

D	H
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553



(Création, remont, adjonction)

ctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	
COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca le 15 /9/2020

En réponse à votre demande de **radio panoramique** pour exécution de pose de bridge

de la Feuille de Soins **P19-0017923**, ci-joint :

FS P19-0017926 de réalisation de radio panoramique avec

- **Cliché**
- **Rapport radiologue**

La FS **P19-0017924** également pour soins dentaires ayant été déposé en même temps que la FS prothèse, merci d'utiliser la radio panoramique pour les deux FS

Merci

Abdellaoui.H

Mle4214



ail



Rechercher dans les messages



sage



1 sur 166

tion 3

is

**Hamdoune Abdellaoui**

lun. 14 sept. 21:45 (il y a 2 j)

Mme Bonjour Vous m'avez contacté ce jour pour illisibilité d'une radio pour opération bridge. Je n'ai toujours pas compris de quoi il s'agit. Je rappelle c

oyés

**contact**

À abdellaoui.hamdoune@gmail.com ▾

lun. 14 sept. 22:10 (il y a 2 jours)



BONSOIR

Nous vous informons qu'il s'agit de la radio après exécution des soins et prothèses.

Notre médecin conseil demande une radio panoramique post-opératoire pour accorder le paiement de la facture.

éunion

réunion

+

CORDIALEMENT**FATIHA TSoul****SUIVI RÉCLAMATIONS****TEL 0666209284**

Activer Windows

Accédez aux paramètres de l'activer Windows.

activer Windows.

De : Hamdoune Abdellaoui <abdellaouihamdoune@gmail.com>

Envoyé : lundi 14 septembre 2020 21:45:03

CABINET DE RADIOLOGIE DU MAARIF

Dr. BERRADA M.
Radiologue

Dr BENYAHIA Z.
Radiologue

Domiciliation bancaire : Compte N 013 780011 20 000183001 43 48 BMCI Agence Val d'Anfa-casa
Patente : 34770967 I.F 1087675 ICE : 001745076000019

Casablanca, le 15/09/2020

Facture

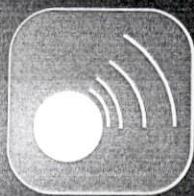
Nom & Prénom : **ABDELLAOUI HAMDOUNE**

Date d'examen : 15/09/2020

Examen(s)	
PANORAMIQUE DENTAIRE	
Montant TOTAL	250 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
DEUX CENT CINQUANTE DH





Dr. BENYAHIA Zakaria
C.E.S de Radiologie

Dr. BERRADA Mohamed
C.E.S de Radiologie

- I.R.M. (1,5 Tesla)
- SCANNER VCT
(64 Barettes)
Angioscanner
Corosscanner
colosscanner
Denta-Scanner
- SCANNER CORPS ENTIER
- DENSITOMETRIE BIPHOTONIQUE
- RADIOLOGIE NUMERIQUE
- MAMMOGRAPHIE NUMERIQUE
- PANORAMIQUE DENTAIRE NUMERIQUE
- ECHO-DOPPLER COULEUR

Rue Mohamed BAHI
(27, Rue Meissonier)
en face du bureau de pointage
des taxis - Maârif
20 100 Casablanca
Radiologie du Maârif :
Tél : 05.22.25.74.82
05.22.25.30.30
05.22.23.79.34
Fax : 05.22.23.77.05
N.C.E : 001745076000019
Centre IRM du Maârif :
Tél : 05.22.23.23.12
05.22.99.30.31
05.22.25.38.73

H/Z

عيادة طبية للفحص بالأشعة

CABINET DE RADIOLOGIE DU MAARIF

IMAGERIE PAR RESONANCE MAGNETIQUE

Casablanca , le 15/09/2020

Mr. ABDELLAOUI HAMDOUNE

PANORAMIQUE DENTAIRE :

- Absence de lésions osseuses mandibulaires ni des articulations temporo-maxillaires .
- Pas d'anomalies apicales.

Avec mes amicales salutations.

D.BENYAHIA Z
RADIOLOGIE MAARIF
BERRADA M. BENYAHIAZ
17, Rue Med Bahi
Tél: 0522.25.74.82
Fax: 0522.23.77.05

visionFACE

HAMDOUNE ABDELLAoui 15/09/2020 11h13m22

