

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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 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

N° P19- 0037917

Optique *52483* Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : *3043* Société : *RAM*

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : *HILALI M ed*

Date de naissance : *27/11/59*

Adresse : *Em. 6. F8 Apt 2B RSD VC WADHD*

BORROUCHID

Tél. : *06 62 09 79 96* Total des frais engagés : *300* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *24/11/2020*

Nom et prénom du malade : *D' HILALI M ed*

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *prothésie dentaire*

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 : *BORROUCHID*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

Le : *24/11/2020*

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
24/11/22	so	1	10000	Dr ABOUMOUSSE Chirurgien Dentiste Rue Moussy 1000 - 1 052233673

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOPHARMACEUTICALS

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
	24 NOV. 2020	22	200

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 d

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Docteur Naima ABOUMOUSLIME
CHIRURGIEN - DENTISTE

ORTHODONTISTE

Diplômée d'état de la faculté de Médecine
et de Chirurgie Dentaire de Casablanca



الدكتورة نعيمة أبو مسلم

طبيبة جراحة للأسنان

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

Berrechid le : 84/11/2022
برشيد في :

RADIO PANORIGME POUR

M^{me} Hiltali - R. Hamel

Dr. ABOUMOUSLIME NAIMA
Chirurgien Dentiste
97, Rue Moussa Bnou Nouceir - Berrechid
Tél : 05 22 33 67 32

CENTRE DE CHIRURGIE DENTALE BERRECHID
Dr. ABOUMOUSLIME
36-38, Rue Tariq Ben Ali 2nd Berrechid
Tél : 05 22 33 67 32 / 05 33 73 73 08 63 35 12 64

97, شارع موسى بن نصیر رقم الشقة 8 الطابق 2 (قرب المقاطعة الثانية) - الهاتف : 05 22 33 67 32
97, Bd Moussa Bnou Nouceir Appt 8 - 2 ème Etage - Berrechid - Tél : 05 22 33 67 32

مركز التشخيص الطبي بالأشعة برشيد

CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC BERRECHID

Dr. Ali AZZAoui

Diplômé d'études Spéciales de Radiologie (C.E.S)
de la Faculté de Médecine
de MONTPELLIER - FRANCE

SPECIALISTE
RADIOLOGIE GENERALE — MAMMOGRAPHIE
ECHOGRAPHIE-DOPPLER COULEUR — RADIO-PEDIATRIE
PANORAMIQUE DENTAIRE — TELE CRANE 4M

Ancien Médecin Attaché des Hôpitaux (C.H.U)
DE MONTPELLIER
Ancien Praticien Hospitalier à l'Hôpital de
MILLAU (FRANCE)

Berrechid, le :



24 NOV. 2020

الدكتور علي عزاوي

إختصاصي في التشخيص الطبي
بالأشعة والإيكوغرافيا

خريج كلية الطب بمونبولي (فرنسا)
طبيب سابق بالمستشفيات
الجامعة بمونبولي

برشيد، في :

Nom et Prénom : HILALI MOHAMED

Examen Pratiqué : Rx panoramique dentaire

Médecin demandeur : Dr ABOUMOUSLIME

Cher confrère

Merci de la confiance que vous nous témoignez

COMPTE RENDU :

- Sinus maxillaires de transparence habituelle
- Intégrité des condyles
- Pas d'image lésionnelle osseuse décelable

Confraternellement
Signé : Dr A.AZZAOUI

Centre de Radiodiagnostic Berrechid
36-38, Rue Tarik Ibn Ziad - Berrechid
Tél : 05 22 33 63 73 - 08 08 35 12 64

36-38, Rue Tarik Ibn Ziad - Berrechid

Tél: 05 22 33 63 73 - 08 08 35 12 64

36 - 38، زنقة طارق ابن زياد - برشيد

الهاتف: 05 22 33 63 73 - 08 08 35 12 64

مركز التشخيص الطبي بالأشعة بررشيد

CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC BERRECHID

Dr. Ali AZZAOUTI

**Diplômé d'études Spéciales de Radiologie (C.E.S)
de la Faculté de Médecine
de MONTPELLIER - FRANCE**

**SPECIALISTE
RADIOLOGIE GENERALE — MAMMOGRAPHIE
ECHOGRAPHIE-DOPPLER COULEUR — RADIO-PEDIATRIE
PANORAMIQUE DENTAIRE — TELE CRANE 4M**

**Ancien Médecin Attaché des Hôpitaux (C.H.U.)
DE MONTPELLIER**
**Ancien Praticien Hospitalier à l'Hôpital de
MILLAU (FRANCE)**

Berrechid, le :

الدكتور علي عزاوي

إختصاصي في التشخيص الطبي بالأشعة و الإيكوغرافيا

خريج كلية الطب بمونبولي (فرنسا)
طبيب سابق بالمستشفيات
الجامعة بمونبولي

برشید، فی:



24 Nov. 2020

Facture H037/2020

Je soussigné certifié avoir réalisé un examen

Examen Pratiqué : panoramique dentaire

Nom et Prénom : HILALI MOHAMED

Pour la somme : 200.000DH

Deux cents dirhams

Signé : DR. A.AZZAOUI

Centre de Radiologie Dr. Ali AZAOUI
36-38, Rue Tabet, Beyrouth, Lebanon

36-38, Rue Tarik Ibn Ziad - Berrechid

Tél: 05 22 33 63 73 - 08 08 35 12 64

Patente : 40702269 - I.F : 20719061 - I.C.E : 001851015000002

36 - 38، زنقة طارق ابن زيد - پوشید

الهاتف: 05 22 33 63 73 - 08 08 35 12 64