

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 canaux, 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 canaux.

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 : per@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhésion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n°09-05 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre d'Alger - Algérie - Borne Étape Angie-Rue Sidi Bouachra - Facs et Rue Milla Ben Abdelkader - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (L6) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-783656

114471



Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08678

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Bouzahzah Ahmed

Date de naissance : 29 Juillet 1957

Adresse : 20 rue Ras Asfour Lot Laajej Oujda

Tél : 0661 62 78 08

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Bouzahzah Ahmed

Age : 64

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Livraison de prothèse pour dents

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 :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible][illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ 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 conservateurs, ainsi que le bilan de l'ODF					
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 94044776	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS
					DÉBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION
Q.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
				MONTANTS DES SOINS	
	(Création, remont, adjonction) - Constantiel Therapontique, nécessaire à la prothèse				
	Livraison de prothèse fixe sur les dents			DATE DU DEVIS	
	(44) (45)			DATE DE FIN	

45
44

01/04/20

VISA DU DENTISTE PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur CHRAIBI Youssef
Chirurgien Dentiste
Diplômé de l'université
Cheik Anta Diop
Dakar - SENEGAL

Casa: 01/04/2023

FACTURE 30/2023

NOM : BOUZAHZAH

PRENOM : AHMED

LIVRAISON DE PROTHESE FIXEE CCM SUR LES DENTS 44.45

D180*2

MONTANT PAYE : 2000 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

DEUX MILLE DIRHAMS .

A handwritten signature in blue ink is written over a circular blue stamp. The stamp contains text in Arabic and French, including 'CHRAIBI Youssef' and 'Dentiste'. The signature is a stylized, cursive script.

6 BD la Grand Ceinture Lot NADIA, 1^{er} Etage, Hay Mohammadi, Casablanca. Maroc
Tél : 05 22 60 10 71/72 GSM : 06 61 19 49 62, Patente : 31801839, CNSS : 6451893
IF : 48001850, ICE : 001865719000015



