

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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

154956

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7122 Société : RAN

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : AL ZEENOUNI Ahmed

Date de naissance : 20/12/1955

Adresse : Bouskoura golf city ville verte Ln 32 Ap 6

Tél. : 6669774633 Total des frais engagés : 4400,- Dhs



Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/04/2023

Nom et prénom du malade : BEN ATTABOU Mina Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Prothèses dentaires

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

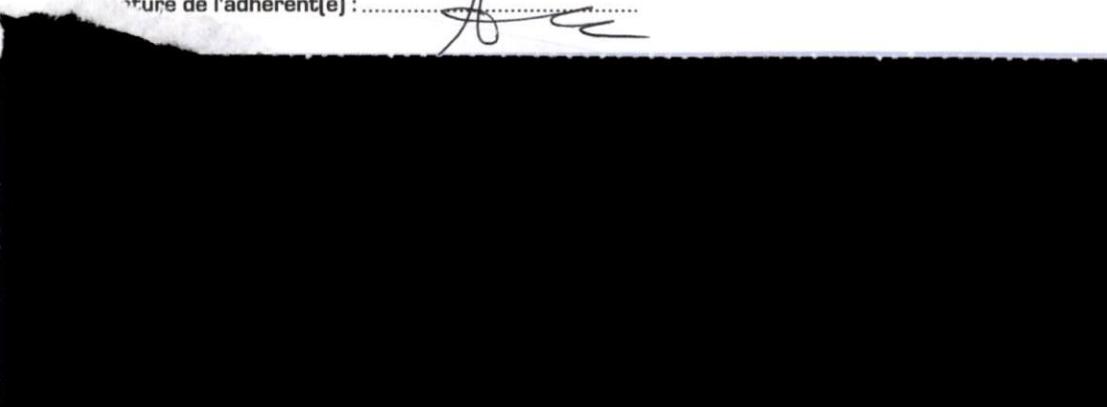
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 16/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

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 l'ODF.

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

encubital, thérapeutique, nécessaire à la profession

Front

Coronavirus
income

Hôpital Universitaire Mohammed VI
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION
Dr MOULAY ISMAIL
Medecin Dentiste

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

FACTURE

N° 15 404 / 2023 du 25/04/2023

Nom patient : BENATTABOU MINA

Entrée 25/04/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 25/04/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
Bridge zircone ceramique, par element	1,00	K	4 000,00 Sous-Total	4 000,00 4 000,00
Total Frais Clinique				4 000,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

QUATRE MILLE DIRHAMS

Total 4 000,00

Encaissements	Chèque	Total encaissé	Solde
	4 000,00	4 000,00	0,00

Ref Chq : 397196/AWB/

Hôpital Universitaire
International Mohammed VI
Service Dentaire
090063728

CASABLANCA

Reçu de caisse

MédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

N° : 23041110254318801 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300239921	BENATTABOU MINA	11/04/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	039567/AWB Lui-même	400,00
PAYANT	Total payé	400,00
QUATRE CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : MAGHRASS

Hôpital Universitaire
International Mohammed VI
Service Dentaire
1234567890063728

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

F A C T U R E

N° 14 002 / 2023 du 11/04/2023

Nom patient : BENATTABOU MINA

Entrée 11/04/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 11/04/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
Pose d'une couronne dentaire transitoire	1,00	K	400,00	400,00
			Sous-Total	400,00
Total Frais Clinique				400,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

QUATRE CENTS DIRHAMS

Total 400,00

Encaissements	Chèque	Total encaissé	Solde
	400,00	400,00	0,00

Ref Chq : 039567/AWB/

A handwritten signature is written over a blue circular stamp. The stamp contains the text: "Hôpital Universitaire International Mohammed VI", "Service Dentaire", and the number "090063728".

BENATTABOU MINA
Date de naissance: 30/12/1980

16/05/2023 10:57:33

Après

50

20

10