

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.

N° W21-804677

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricole : 1658		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : NAHRA DY MUSTAPHA		Date de naissance : 01-01-51	
Adresse : La m		Tél. : 0664 170 732	
		Total des frais engagés : 2400,00 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin		Dr: BENJELLOUN SAAL Chirurgien Dentiste 24, Rue El Derb Fokara 1 ^{er} Etage - Casablanca
Cachet du médecin :		
Date de consultation : 16/05/2023		Nom et prénom du malade : Benjelloun Soumaya Age: 68
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie : Gén. givante		<input type="checkbox"/> Enfant
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Cas d'Allergy		
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 Signature de l'adhérent(e) : Nahrady
Le : 09/06/2023

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Date des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INF : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
 SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <u>094189882</u>														
	26	Composite	D50	COEFFICIENT DES TRAVAUX <u>D174</u>														
	37	Composite	D50															
	35	Composite	D50	MONTANTS DES SOINS <u>2400,00</u>														
	-	Détartrage	D12															
	-	Résinage	D12	DEBUT D'EXECUTION <u>16/05/2023</u>														
				FIN D'EXECUTION <u>08/06/2023</u>														
	Dr. BENJELLOUN SAAD Chirurgien Dentiste 24, Rue 6, Dar Fokara 1^{er} Etage Casablanca																	
 O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">21433552</td> <td style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center;">-</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">11433553</td> <td></td> </tr> </table>				H		G	25533412	21433552	D	00000000	00000000	-	00000000	00000000	B	35533411	11433553
	H		G															
	25533412	21433552	D															
	00000000	00000000	-															
	00000000	00000000	B															
	35533411	11433553																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

Centre Dentaire
Dr. Benjelloun Saad

Médecin Dentiste



مركز طب الأسنان
الدكتور ابن جلون سعد
طبيب أسنان

Facture N°: 965 / 2023

Dr: BENJELLOUN SAAD
Chirurgien Dentiste

Je soussigné, 24, Rue 6, Derb Foukara
1^{er} Etage - Casablanca Certifié envoie reçu Monsieur

Mr. Benjelloun Pour:

Soumaya

- Soins
- Prothèse
- ODF
- Implant

Dont le travail est achevé à la date du: 08 / 06 / 2023

et dont le montant est arrêté à la somme de: 19100,00 DH

Deux mille quatre cent dinars

BMCE Agence Habous

Compte N°: 6401178000 0034 2000 0084 1176

Dr: BENJELLOUN SAAD
Chirurgien Dentiste
24, Rue 6, Derb Foukara
1^{er} Etage - Casablanca