

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0038062

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 244716 Société : R. A. N
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : AOUS SIDI A 6462W
 Date de naissance : 13/12/1970
 Adresse : n° 107, boulevard Hassan II, Hay El FARAH
 AL HASSIRA, BT ELLOUL, ABADIK
 Tél. : 06 62343602 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Docteur ABID Ahlam
 Chirurgien Dentiste
 Tél.: 05 28 22 53 76
 Date de consultation : 01/06/2023
 Nom et prénom du malade : AOUS YASSINE Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : Dentaire
 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 : ABADIK Le : 01/06/2023
 Signature de l'adhérent(e) :

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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
29/05/23	Det 1	D12	210	Docteur ABID Ahlam Chirurgien Dentiste Tél.: 05 28 22 53 76
01/06/23	Det 2	D12	210	
29/05/23	Ext	D10	175	
01/06/23	Ext	D10	175	

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

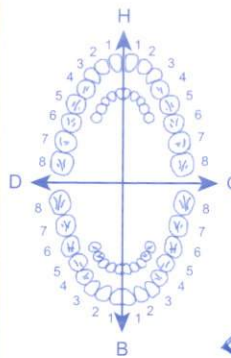
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INPE : 044177368
		Det 1	D12	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text" value="D44"/>
		Det 2	D12	
	1 4	Ext	D10	MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="770 844"/>
	2 4	Ext	D10	
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text" value="29/05/23"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text" value="01/06/23"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

D	H	G
	B	
25533412	21433552	
00000000	00000000	
00000000	00000000	
35533411	11433553	
[Création, remont, adjonction]		
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Docteur ABID Ahlam
Chirurgien Dentiste
Tél.: 05 28 22 53 76

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Cabinet de Chirurgie Dentaire et d'Orthodontie

عيادة طب وتقويم الأسنان

Dr. ABID Ahlam

د. عبيد أحلام



NOTE D'HONORAIRES

11/10/23

Nom et prénom du patient : AOUSS YASSINE Date : 01/06/2023

أسنان معالجة Dents traitées	رمز العمليات Valeur Clé	تاريخ العمليات Dates des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأسنان Signature et Cachet du Médecin Dentiste
D12	D708	29/05/23		D12	210	Docteur ABID Ahlam Chirurgien Dentiste Tél.: 05 28 22 53 76
D12	D708	01/06/23		D12	210	Docteur ABID Ahlam Chirurgien Dentiste Tél.: 05 28 22 53 76
14	D702	29/05/23		D10	175	Docteur ABID Ahlam Chirurgien Dentiste Tél.: 05 28 22 53 76
24	D702	01/06/23		D10	175	Docteur ABID Ahlam Chirurgien Dentiste Tél.: 05 28 22 53 76

Montant global : 770,- DHS (Sept cent soixante dix DHS)

Mode de paiement ☒ Espèces ☐ Chèque

Signature et cachet

Docteur ABID Ahlam
Chirurgien Dentiste
Tél.: 05 28 22 53 76

ملتقى الطرق شارع محمد الفاسي و914، حي السلام الطابق الأول فوق البنك الشعبي جيت سكن

Intersection Rue Mohamed El Fassi et N° 914 Quartier Salam

1er étage au Dessus de la banque Populaire Jet Sakan

Tél.: 05 28 22 53 76

N° de L'INPE : 044177368 - N° de L'ICE : 001817220000085 - N° de L'IF : 75769970

N° CNSS : 5505211

N° Patente: 67516126