

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0056842

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2643 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NADI Abdelhak

Date de naissance : 1956

Adresse : HAY MLY Abdelhak RUE 166 N° 24 CASAB

Tél : 0666 97473 Total des frais engagés : 2300,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29/05/2023

Nom et prénom du malade : NADI Abdelhak Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Sus des

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 : 06/06/23

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDF N° : AA-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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

06/06/23 131/20

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 PC IM IV

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

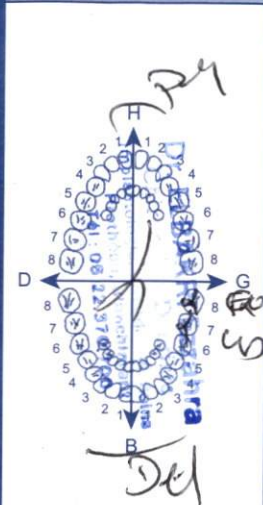
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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



32 Exo 2 D40
37 Ceph D45
- Dely 1 D42
- Dely 2 D44

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

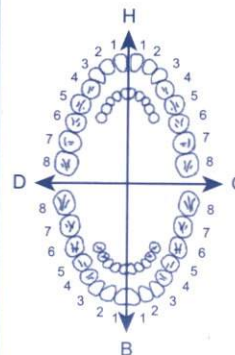
H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VIS



Dr. ELBAKRI ZOHRA

- Spécialiste en Implantologie
- Spécialiste en Chirurgie Buccale



Ordonnance

6 (61 2023)

Dr. ELBAKRI ZOHRA
Chirurgie Dentaire
Implantologie, Orthodontie, Soins
Prothétiques, Chirurgie Buccale
Tél: 05 22 370 700

M^e NADI Abdelatif

109,00

1 - 2000 x 11p

PHARMACIE EL MOSTAKBAL
GHARIB Abdelhadi
PHARMACIEN
63, Bd Edfoud May El Mostakbal
Ain Chock Cas 20150
Tél: 18221 07 06 78

Isacht 21r, 1st 2v

22,20

1 - Codolys 2e (p)

PPV: 22DH20
PER: 01/25
LOT: M150

131,20 tot 66 4 pt 35r



Cabinet Dentaire

BAKRI

Facture N° : 1168

Date : 29/5/23

Nom du patient : NADJ Adilab

Date	Dents	Acte	Coef	Montant
29/5/23	38	Exa	D40	1000,00
29/5/23	37	Exa	D15	500,00
1/6/23	-	Détail n	D12	400,00
6/6/23	-	Détail n	D15	400,00

La présente note est attestée à la somme de : 2300,00

Jean Mille Tassant Dine

Dr. ELBAKRI Ezzahra
Chirurgien Dentiste
Implantologie, Orthodontie
Prothèse, Stomatologie
Tél : 05.22.370.700

INPE : 094176757 - CNSS : 4270592 - IF : 15201214 - ICE : 001635337000010

Bd Oued Eddahab, Rue 188, Jamila 5 Sebata - Ben M'Sik - Casablanca شارع وادي الذهب، زنقة 188 جميلة 5 سباتة - بن امسيك - الدار البيضاء

Tél : 05.22.37.07.00 - Email : dr.elbakri@gmail.com