

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

M22- N° 002042 *DEVIS*
6830
 Optique *6830* Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 293 Société : RAN

Actif Pensionné(e)

Autre : RETRAITE

Nom & Prénom : AZIZ ALLAL

Date de naissance : 1932

Adresse : 143 lot FLORIDA Sidi NAAROUF casablanca

Tél. : Total des frais engagés : 19.000,- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*Dr. Mohamed TAJMOUATI
Implant / Prothèse
36, Rue des Sperriers - Oasis
Casablanca*

Date de consultation : 17/07/2023

Nom et prénom du malade : HAMMAMA N. Borka Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Scis pour stell'li

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : 18 SEP. 2023

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 : 17/07/2023

Signature de l'adhérent(e) : 293

RELEVE 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

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

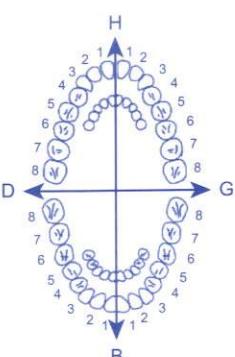
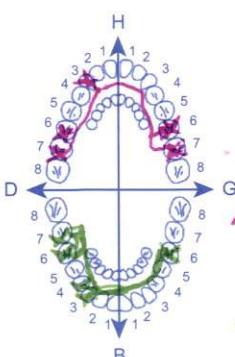
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	Coefficient des Travaux
				
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		
	D 00000000			
		G 00000000		
		B 35533411		
				H 11433553
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
<p><i>Stellate Sup</i> Remplacement 13, 16, 17, 26 et 27 D 120 6000,-</p>				
<p><i>Stellate inf</i> Remplacement 36, 43, 44, 45, 47 D 120 6000,-</p>				
<p>SA au Total de 12.000,-</p>				
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS DR. MOHAMED TAIMOUATI Implant / Prothèse 36, Rue des Eperviers Casablanca</p>				
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION DR. MOHAMED TAIMOUATI Implant / Prothèse 36, Rue des Eperviers Casablanca</p>				

N°Patent:094012978

FACTURE

INP:34750506

Id F:45667941

ICE:002465127000061

Nom: HAMMAMA MBARKA

Je Soussigné Arts Clinic , Certifier avoir recu
de MBARKA HAMMAMA la somme douze mille dirham(s) correspondant aux:

Code	Description	Prix	Sous-total
STL	Stellite - Réalisé sur 47, 46, 44, 43, 36	6 000,00	6 000,00
STL	Stellite - Réalisé sur 17, 16, 27, 26, 13	6 000,00	6 000,00
Total			12 000,00

Signature du Praticien

Dr.tajmouati

Dr. Mohamed TAJMOUATI
Implant / Prothèse
36, Rue des Eperviers - Oasis
Casablanca

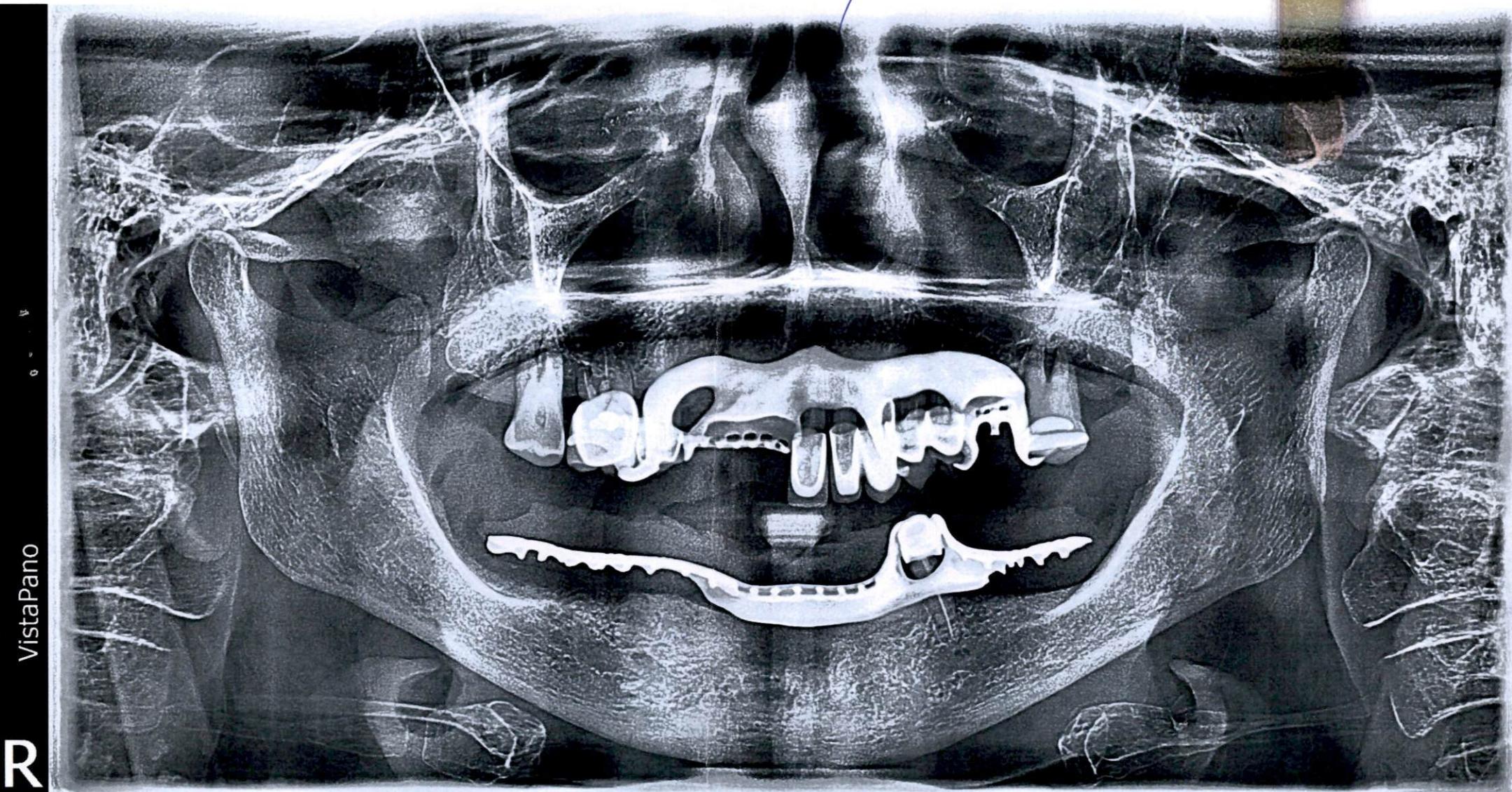
Signature du Patient

36, rue des éperviers, Oasis – Casablanca 20410

Tél : 05 22 25 84 84 / 05 22 36 23 83

Artsclinic.com

Dr. Mohamed TAIMOUATI
Implant / Prothèse
n° Rue des Eperviers - Oasis
Casablanca



AZIZ KHADIJA

De: PRISE EN CHARGE <pec@mupras.com>
Envoyé: mardi 25 juillet 2023 12:00
À: AZIZ KHADIJA
Objet: ACCORD DENTAIRE

Bonjour , veuillez trouver ci-joint votre demande accord dentaire

N° Dossier:	168830 
N° Dossier externe:	ACC-00293-20/07/2023
Type de dossier:	DENTAIRE
Bénéficiaire:	HAMAMA M BARKA
Situation:	En attente
Sous-situation:	---
Date de début:	20-07-2023 
Date de fin:	
Date de saisie:	20-07-2023
Événement:	

Commentaires pour l'édition

[Ajouter](#)

Commentaires ajoutés

Date	Commentaire
25-07-2023	ACC D240 STEL SUP 13 16 17 26 27 +STEL INF 43 44 46 47 36 S/R RX APRES DR TAJM



Service Prise en charge

-  Fixe : +212 522 204 545 LG
-  pec@mupras.com
-  www.mupras.com

MUPRAS déploie ses ailes pour vous protéger

Siège Social : Centre d'affaire Allal Ben Abdellah, 49, Angle rue Allal Benabdellah et rue Mohammed Fakir 6 ème étage - Casablanca / Tél : 05 22 20 45 45 LG - Fax : 05 22 22 78 18, contacte@mupras.com

   /MUPRASRAM