

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

- Reclamation : 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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 0060552

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : M436

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EDRISS Loukmane

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 61 90 26 53

Total des frais engagés : 30000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Abdelbasset GRIMEH
Chirurgien Dentiste
Spécialiste en ODF et Orthodontie
Postgraduée de l'Université de New-York
165, Bd. Abdelmoumen - Casablanca
Tél: 05 22 47 17 03

Date de consultation :

10/11/2023 Loukman Solaymane Age: 14 ans

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : 07/11/2023

Signature de l'adhérent(e) :

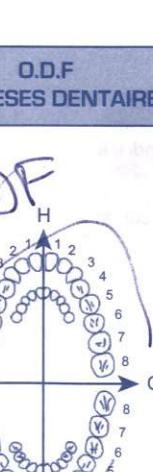


07 NOV 2023

07/11/2023

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre					
		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.																																							
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>			Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																	
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																				
CCEFFICIENT DES TRAVAUX			<i>Dgo</i>																																				
MONTANTS DES SOINS			<i> </i>																																				
DEBUT D'EXECUTION			<i> </i>																																				
FIN D'EXECUTION			<i> </i>																																				
	ODF PROTHESES DENTAIRES <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</th> </tr> <tr> <th>H</th> <th></th> <th>G</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			D		G		00000000	00000000			35533411	11433553							B			
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																																						
	H		G																																				
	25533412	21433552																																					
	00000000	00000000																																					
	D		G																																				
	00000000	00000000																																					
	35533411	11433553																																					
	B																																						
CCEFFICIENT DES TRAVAUX			<i>Dgo</i>																																				
MONTANTS DES SOINS			<i>3000,00</i>																																				
DATE DU DEVIS			<i>1er Janvier</i>																																				
DATE DE L'EXECUTION			<i>4/11/2023</i>																																				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CAHIER D'APPOINTEMENT POUR
Chirurgien Dentiste
Spécialiste en O.D.F. et Orthodontie.
Postgraduate de l'Université de New-York
85, Bd. Abdellatif Benjelloun - Casablanca
Tél. 022 247 17 03

Docteur ABDELBAST GRIMEH

Chirurgien Dentiste

ORTHODENTISTE



FACTURE 76/2023

DATE 04/11/2023

LOUKMAN SOLAYMANE

COTATION	SEMESTRES	MONTANT
D90	1 ^{er} semestre	3000 DHS

TOTAL TROIS MILLE DIRHAMS

Dr. Abdelbasset GRIMEH
Chirurgien Dentiste
Spécialiste en Orthodontie
Postgraduate de l'Université de New-York
165, Bd. Abdelmoumen - Casablanca
Tél: 05 22 47 17 03

165BD ABDELMOUMEN CASABLANCA Tel : 05 22 47 17 03

ICE001678154000094 CNSS6724399 IF45005549 INP 094012739

PATENTE 36362