

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.

M22- 0017268

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : A1377 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : KASRI MOHAMED 81983

Date de naissance : 01-01-1983

Adresse : 92A, Rue Tamner, Cité de l'air, Neuvecour

Tél. : 0661106715 Total des frais engagés : 3560 / 05 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08/11/2023

Nom et prénom du malade : KASRI Mohamed Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Prothèse 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 : CASABLANCA Le : 08/11/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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 - 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	

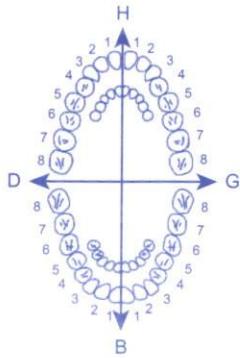
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

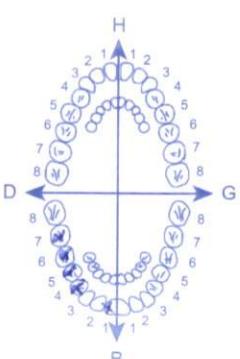
Important :

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



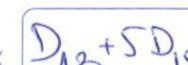
O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		MONTANTS DES SOINS	
PROTHESES DENTAIRES	H	25533412 00000000 35533411		21433552 00000000 11433553
	D	00000000		G
	00000000			
	35533411			
				B

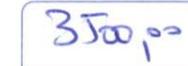


DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		DATE DU DEVIS
H	25533412 00000000 35533411	
D	00000000	
00000000	21433552 00000000 11433553	
35533411		
	B	

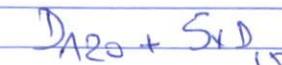


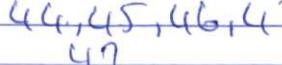
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		DATE DE L'EXECUTION
H	25533412 00000000 35533411	
D	00000000	
00000000	21433552 00000000 11433553	
35533411		
	B	

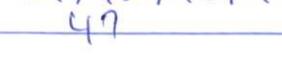






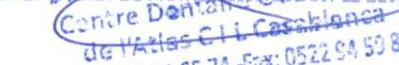


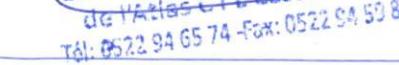














Dr. Ahmed Alaoui Bouhamid
 Docteur en chirurgie Dentaire
Spécialiste en Parodontologie
Implantologie – Prothèse fixée
Et Occlusodontie
 Diplômé de l'Université de LYON



الدكتور أحمد العلوي بو حميد
 طبيب جراحي للأسنان
 اختصاصي في امراض اللثة
 الغرس و تعليم الأسنان
 خريج كلية ليون

Casablanca, le 15/11/2023

Patient(e): KASRI mohamed

INP : 094014131
 IF : 40909045
 ICE : 001784424000064

FACTURE N° 3794F2022

ACTES	Code sécu	Dent(s)	Montant à payer
STELLITE	0	44	3 500,00 DH
TOTAL			3 500,00 DH

Arrété le montant de la facture à la somme de

Trois mille cinq cent Dh

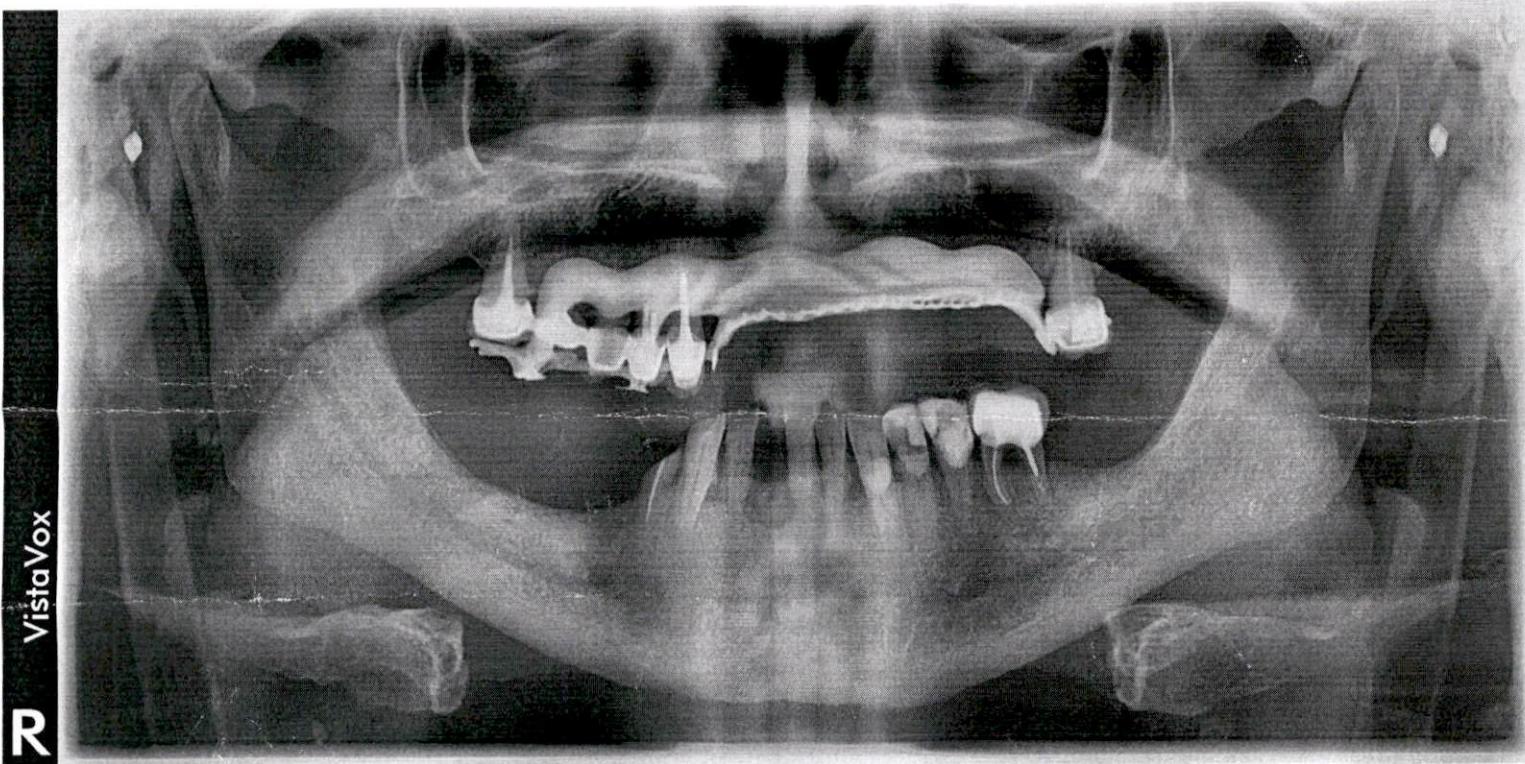
Signature du Praticien

Dr. Ahmed ALAOUI BOUHAMID
 Centre Dentaire CIL 42, Rue
 42, rue de l'Atlas CIL Casablanca
 Tel: 0522 94 65 74 - Fax: 0522 94 59 81

Clinique Dentaire CIL
 42, rue de l'Atlas – CIL*Casablanca* Tél. : 05 22 94 65 74* Fax : 05 22 94 59 81
 Site web : www.clinicdentairecil.com

Dr Ahmed Alaoui Bouhamid
kasri, mohamed 12/06/1950
08/11/2023 10:11:39

Panoramique Standard
08/11/2023

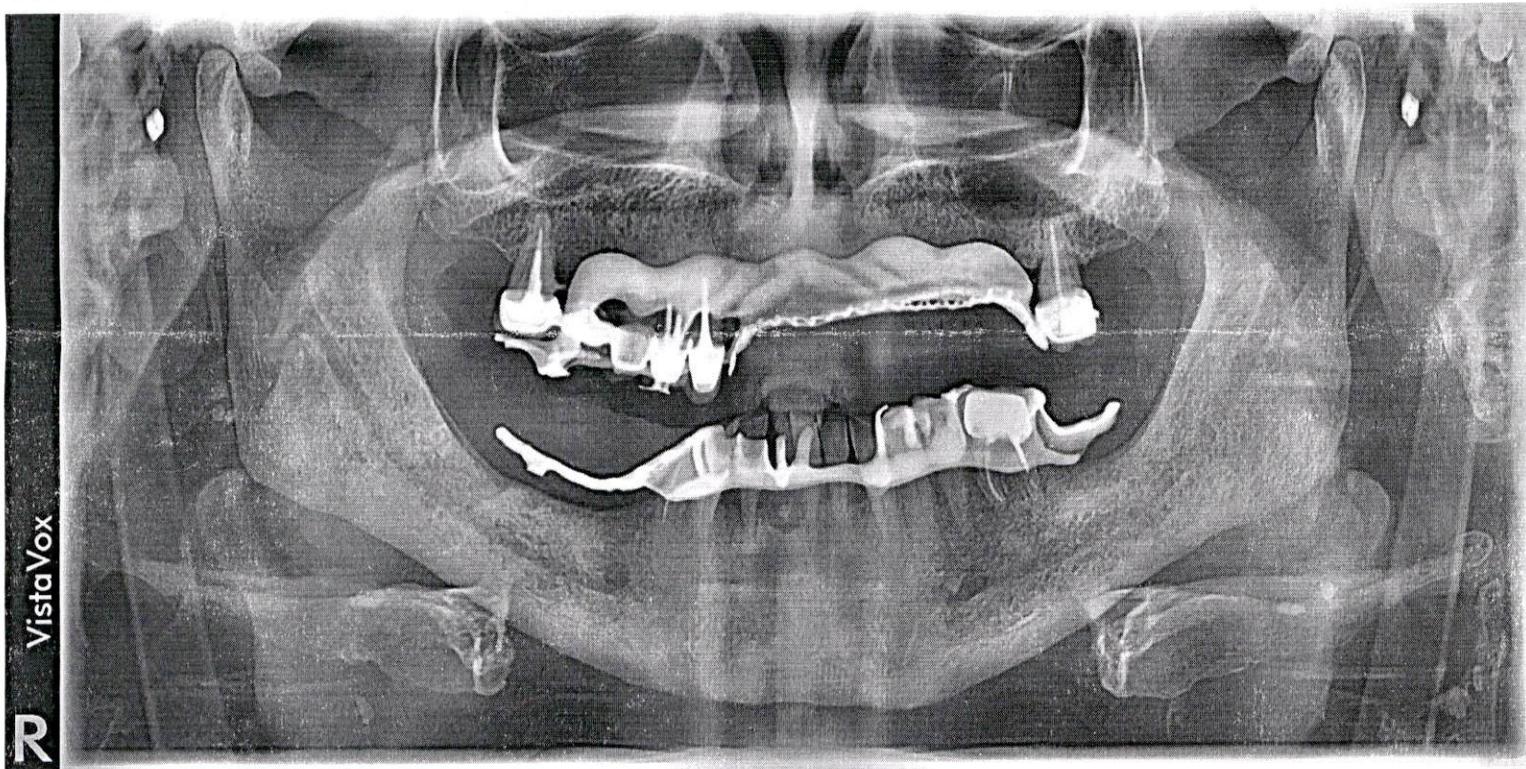


Dr. Ahmed ALAOUI BOUHAMID
Centre Dentaire C.I.L 42, Rue
de l'Atlas C.I.L Casablanca
Tel: 0522 94 65 74 Fax: 0522 94 74 81

Dr Ahmed Alaoui Bouhamid
kasri, mohamed 12/06/1950
15/11/2023 14:25:12

Panoramique Standard

08/11/2023



Dr. Ahmed ALAOUI BOUHAMID
Centre Dentaire C.I.L 42, Rue
de Kattas C.I.L Casablanca
Tel: 0522 94 65 74 - Fax: 0522 94 59 81