

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

M22- 0008888

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3581

Société : R.A.N

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ZARRAI Abdelatif

Date de naissance : 26.06.1957

Adresse : 1117 AZLI SUD NARRAWCY

Tél. : 0601548270

Total des frais engagés

1050,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : ZARRAI Abdelatif

Age : 61

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Soins Dentaires

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 : Marrakech

Le : 15/12/2023

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible][illegible]

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 :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaliculé ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
DR ENNAJ ABDELKEBIR CHIRURGIEN DENTISTE TEL: 0524 34 24 23 / 0666 66 54 04 ADRESSE: MASSIRA 1C, AV AL KANTARA CENTRE D'AFFAIRE AL MASSIRA, 1ER ETAGE BUREAU N°6 MARRAKECH														
	23	Composite	D24 D15	COEFFICIENT DES TRAVAUX										
	23	Détachage verrines	D12	MONTANTS DES SOINS										
	23	Détachage verrines	D12	DEBUT D'EXECUTION										
	23	Détachage verrines	D12	FIN D'EXECUTION										
	23	Détachage verrines	D12	DATE DE L'EXECUTION										
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>				H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		
H														
25533412 00000000	21433552 00000000													
D	G													
00000000 35533411	00000000 11433553													
B														
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession														
COEFFICIENT DES TRAVAUX				<input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>										
MONTANTS DES SOINS				<input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>										
DATE DU DEVIS				<input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>										
DATE DE L'EXECUTION				<input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

00 CENTRE DENTAIRE ENNAJI
DR ENNAJI ABDELKEBIR
Chirurgien dentiste
Laureat de la faculté de Médecine dentaire
De Rabat
Ex Médecin dentiste des forces armées
De Rabat

ICE: 003147916000093

INPE: 074199498

IF: 52656079

N° DE PATENTE : 92103433

Marrakech : Le 19/12/23

Facture :

22212/23

Reçu la somme de 1050dh pour composite sur la 23 + détartrage .

De Mr abdellatif zarrai

Montant payé : mille cinquante dirhams.

Signé :
DR ENNAJI ABDELKEBIR
CHIRURGIEN DENTISTE
TEL: 0524 34 24 23 / 0666 66 54 04
ADRESSE: MASSIRA 1C, AV AL KANTARA
CENTRE D'AFFAIRE AL MASSIRA, 1^{ER}
ETAGE BUREAU N°6 MARRAKECH

Massira 1C ,Av alkantra ,centre d'affaire almassira,1^{er} étage
N06

0524342423/0666665404