

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° W21-774363

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 12551	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	ANOUAR
Nom & Prénom : ELMOUJADDIDI MED		Date de naissance : 25/6/86	
Adresse : Villa 225 BAHIA GOLF BEACH		Tél. : 0661681871	
Total des frais engagés : _____ Dhs			

Autorisation CADP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin	
	Cachet du médecin : 	Dr Fadwa SMOUNI Chirurgien Dentiste 454 route Hassan II, 20000 Casablanca Tél: 05 22 20 45 45 - GSM: 07 01 29 36 64 Email: perfectdental21@gmail.com
Date de consultation : 08/12/2023	Nom et prénom du malade : Ramane El Mousaddidi	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	Age : _____
Nature de la maladie : Sous dentaire	En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 8 JAN 2023	
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 : **Mohammed Fakir**
Signature de l'adhérent(e) : **elouy**

Le : **08/12/2023**

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	
N° W21-774363	
Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Matricule : 12551	
Nom de l'adhérent(e) : El Mousaddidi	
Total des frais engagés : _____	
Date de dépôt : _____	
Coupon à conserver par 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
				INP : [REDACTED]

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 Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

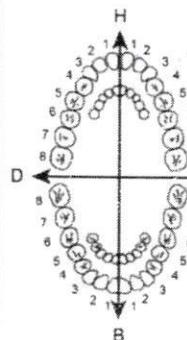
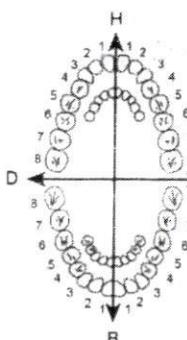
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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	INP : [REDACTED] INPE : 094194081												
	[REDACTED]	[REDACTED]	D 12													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED] D 12												
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED] 2500												
				DEBUT D'EXECUTION [REDACTED] 08/12/23												
				FIN D'EXECUTION [REDACTED] 08/12/23												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]												
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]												
				DATE DU DEVIS [REDACTED]												
				DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]												
<p>ODF PROTHESSES DENTAIRES</p> <p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> 					H	25533412	21433552	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B		
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
B																
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p> <p>Dr. Fadwa SMOULI Chirurgien Dentiste 464, Bld Al Rial Lot 10, Maâda 1^{er} Etage, Mohammedia Tél : 05 29 43 99 - GSM : 07 01 29 36 64 Email : perfectdental21@gmail.com</p> <p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p>																

Lauréate de la Faculté de médecine dentaire
Casablanca
Soins - Orthodontie - Prothèse dentaire
Esthétique - Implantologie

خريجة كلية طب الأسنان الدار البيضاء
علاج - تقويم - تعويض - تجميل
زرع الأسنان

NOTE D'HONORAIRES

Dr Fadwa SMOUNI
Chirurgien Dentiste

464 Bd Al Riad Lot Al Wahda 1^{er} Etage Mohammedia
Tél. 05 29 14 39 99 GSM 07 01 29 36 64
Email : perfectdental21@gmail.com

Nom et prénom du médecin dentiste :

N° de l'INPE :

INPE : 094194081

N° de l'ICE :

ICE : 002902909000076

N° de l'IF :

IF : 50512587

Bénéficiaire : **Ramane El Muyaddidi** Date **08/12/13**

أسنان معالجة Dents traitées	رمز العمليات Valeur Clé	تاريخ العمل Dates des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة العامل Valeur Clé	المبلغ المفوسر Montant facturé	توقيع وظابط طبيب الأسنان Signature et Cachet du Médecin Dentiste
Toute Dentale	08/12/13	Dr	—	—	250 DH	Dr Fadwa SMOUNI Chirurgien Dentiste 464 Bd Al Riad Lot Al Wahda 1 ^{er} Etage Mohammedia Tél. 05 29 14 39 99 GSM 07 01 29 36 64 Email : perfectdental21@gmail.com

Montant global : **250 DH**

Mode de paiement

Espèces

Chèque

Signature et cachet

Dr Fadwa SMOUNI
Chirurgien Dentiste
464 Bd Al Riad Lot Al Wahda 1^{er} Etage Mohammedia
Tél. 05 29 14 39 99 GSM 07 01 29 36 64
Email : perfectdental21@gmail.com