

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 canaux, 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 canaux.

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 Angie 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

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12551 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : EL MOUJADDI MED ANWAR

Date de naissance : 25/04/86

Adresse : Villa 225 BAHIA GOLF BEACH

Tél. : 0661681871

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr Fadwa SMOUNI
Chirurgien Dentiste

Cachet du médecin :

464 Bd El Moujaddi
Tél : 05 25 12 34 56 M : 07 01 29 36 64
Email : perfectdental21@gmail.com

Date de consultation : 08/12/2023

Nom et prénom du malade : Ramane El Moujaddi

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : sans dentaire

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 : Mohammédia Le : 08/12/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 12551

Nom de l'adhérent(e) : EL MOUJADDI

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

[illegible][illegible][illegible][illegible]

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INFE : 094194081														
	Teintes	dentaire D12		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text" value="D22"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="25000"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text" value="08/12/23"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text" value="08/12/23"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	B																	
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Fadwa SMOUNI
 Chirurgien Dentiste
 454, Bd Al Nour El Wadide 1^{er} Etage Mohammedia
 Tél : 05 29 14 39 99 - GSM : 07 01 29 36 64
 Email : perfectdental21@gmail.com

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

454, Bd Al Roud Lot Al Wadiha 1^{er} Etage Mohammedia
Tél : 05 29 14 39 99 - GSM : 07 01 29 36 64
Email : perfectdental21@gmail.com

Docteur Smouni Fadwa

Dentiste



الدكتورة اسموني فدوى

طبيبة الأسنان

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 :

Rachma El Noujoudi

Date

08/12/23

أسنان معالجة Dents traitées	رمز العمليات Valeur Clé	تاريخ العتبات Dates des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ الفوتور Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأسنان Signature et Cachet du Médecin Dentiste
Toute	Déclat	08/12/23	Dz	—	250 D14	

Montant global :

250 D14

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

464, شارع الرياض - تجزئة الوحدة الطابق الأول - المحمدية
464, Bd. Al Riad - Lot. Al Wahda 1^{ère} Etage - Mohammedia

Tél. : 05 29 14 39 99 - GSM : 07 01 29 36 64
Email : perfectdental21@gmail.com