

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.

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

M22- 0007821

89748
A 89748

Optique Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8741 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : JAAFAR SI EL HASSANE

Date de naissance : 26/11/67

Adresse : Rue N° 4 N° 4 ALQODS 3 LISSASCA CASA

Tél. : 06611458897 Total des frais engagés : 2000,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Bouchra LARAKI
Chirurgien Dentiste
41 Rue Abou Abdellah Nafii
Maârif - Casablanca
Tel. 0522985860 - Fax. 052298587

INP : 094012101

ICE : 001836586000033

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : JAAFAR SI EL HASSANE Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 : CASA Le : 20/12/2023

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
		AM	PC	IM	IV	

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
	3 7 Composite	D ₂₀	Coefficient DES TRAVAUX	D 80
	1 6 Composite	D ₂₀	MONTANTS DES SOINS	2000 D ₆
	4 6 Composite	D ₂₀		
	4 7 Composite	D ₂₀	DEBUT D'EXECUTION	6/12/13
			Dr. Bouchra LARABI Chirurgien Dentiste 44, Rue Abou Abdellah Maârif - Casablanca Tel: 0524 985500 - Fax: 0524 55371	
ODF	DETERMINATION DU COEFFICIENT			

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

TITRE DES TRAVAUX		MONTANT HISTORIQUE		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	H		H		
2	1	2			
D			G		
25533412		21433552			
00000000		00000000			
35533411		00000000			
		11433553			

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

~~Dr. Bouchra LARAKI
Chirurgien
44, ISMAÏL CASAÎA POU
44, Rue Abou Abdellah Nafii
Maârif - Casablanca
Tel: 0522985881 - Fax (05): 585874~~



Ex. Attachée au Service de Stomatologie
de l'hôpital Saint Louis (Paris)

- Parodontologie
 - Implantologie
 - Prothèse
 - Chirurgie

Ex. Attachée au Service de Stomatologie
de l'hôpital Saint Louis (Paris)

Casablanca, Le :

21/12/2023

Mr/Mme : JAAFAR SI EL HASSANE

FACTURE

Dr. Bouchra LARAKI
Chirurgien Dentiste
44, Rue Abou Abdellah Nafii
Maarif - Casablanca
Tel: 05-985382 - Fax (05-985874)