

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

- 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 Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-783224

191516

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8790 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NAOUM MOHAMED

Date de naissance : 10.06.1968

Adresse : 10, Rue ATEMA Apt 12 OASIS CASABLANCA

Tél : 0661295296 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : NAOUM Mohamed

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Sous dentaire

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

22 JAN. 2024

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ 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 : <input type="text"/>

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 1084012874
		Paroie parodontique		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text" value="D8 + 2/16"/>
		300, M.	D ₁₅	
		17: Reprise TT		MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="3300, M"/>
		Canalari	D ₁₅	
		1000,		
	17: 3 Retas	2/3/2		DEBUT D'EXECUTION <input type="text" value="12/01/24"/>
	100x3	300, M.		
	17: gluturales			D'EXECUTION <input type="text" value="19/01/24"/>
	D ₁₅	700, M.		
	19/01/24: 17: Restauration en composite			
	en 3 Faces avec overlay Radiculair			
	au fil de Vum	D ₁₅	33	
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	

ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca



Dental & Medical
Esthetics

Casa le : 19/01/2024

N°Patent:094012978

FACTURE

INP:34750506

Id F:45667941

ICE:002465127000061

Nom: NAOUM MOHAMED

Je Soussigné Arts Clinic , Certifier avoir reçu
de MOHAMED NAOUM la somme trois mille trois cents dirham(s) correspondant aux:

Code	Description	Prix	Sous- total
RXP	Rx Panoramique - Réalisé sur toute la bouche	300,00	300,00
RTCP	Reprise traitement canala- Réalisé sur 17	1 000,00	1 000,00
RTR	Rétroalvéolaire - Réalisé sur 17	300,00	300,00
OB	obturation canalaire - Réalisé sur 17	700,00	700,00
ICF	Restauration en composite en 3 faces avec ancrage radiculaire en fibre de verre - Réalisé sur la 17	1 000,00	1 000,00
		Total	3 300,00

Signature du Praticien

Dr.tajmouati

Dr. MOHAMED TAJMOUATI
Implant / Prothèse
36, rue des éperviers - Oasis
Casablanca

Signature du Patient

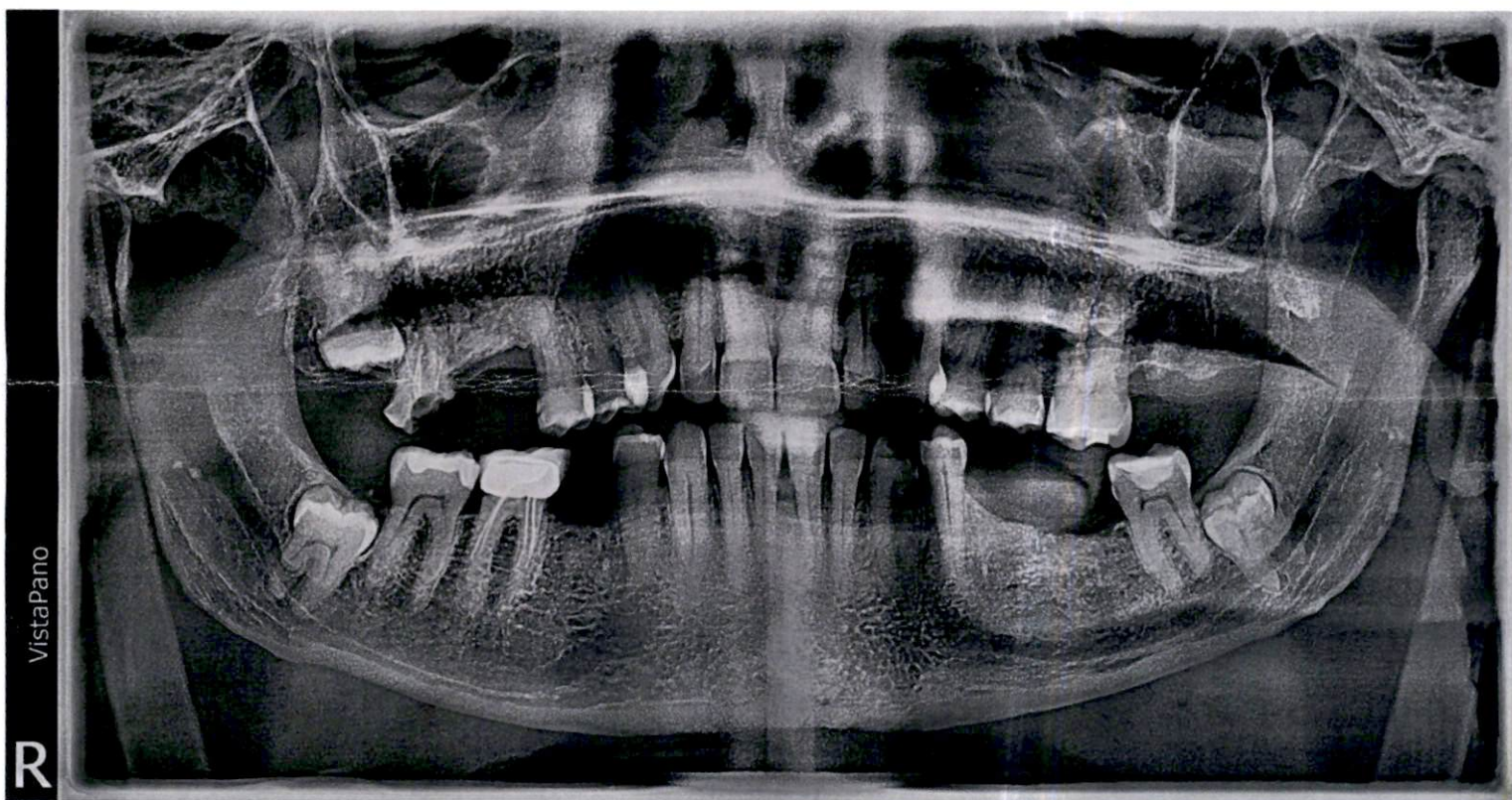
36, rue des éperviers, Oasis – Casablanca 20410

Tél : 05 22 25 84 84 / 05 22 36 23 83

Artsclinic.com

R

~~Dr. Mohamed TAHOUMATI
Immunologist
36, Rue des Epierriers - Oued
Casablanca~~

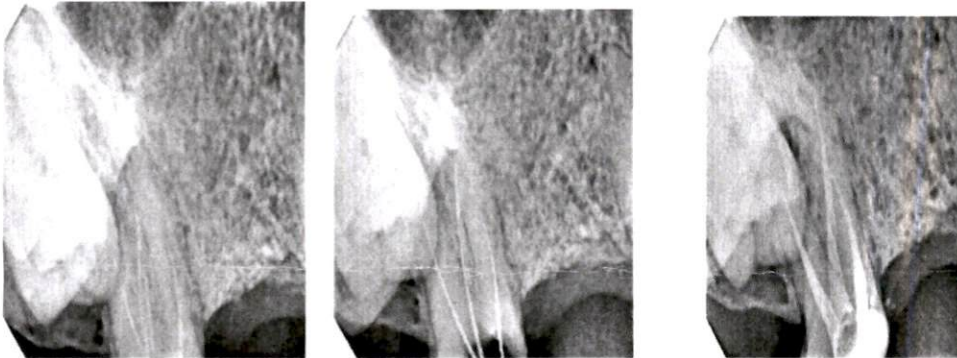


Casablanca le 19 janvier 2024

Nom et prénom : Naoum Mohamed

Acte réalisé : Traitement sur la 17

12-01-2024 : Reprise Traitement canalaire sur la 17



19-01-2024 : Restauration en composite en 3 faces avec ancrage radiculaire en fibre de verre sur la 17



Dr. Mohamed TAHEROUATI
Implant / Prothèse
34 Boulevard Hassan II
Casablanca