

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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 0059770

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1070 Société : Annule et Remplace

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 183624

Nom & Prénom : EL HARRAM FATIMA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/11/23

Nom et prénom du malade : EL HARRAM Fatima Age :

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

Nature de la maladie : Réhabilitation prothétique

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 : Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

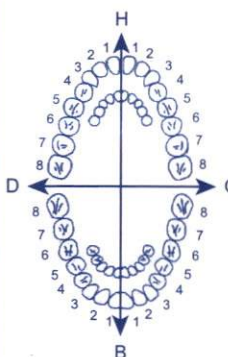
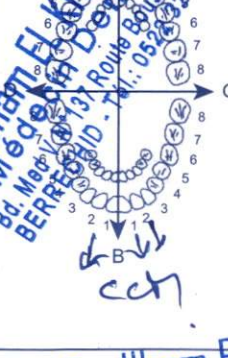
[illegible][illegible]

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																	
				Coefficient DES TRAVAUX																
				MONTANTS DES SOINS																
				DEBUT D'EXECUTION																
				FIN D'EXECUTION																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	G																			
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS																
Dents pour 3 couronnes			DATE DU DEVIS																	
ccm sur le 31-4-11			DATE DE L'EXECUTION																	
$2200 \times 3 = 2200 \times 3$																				
$\Rightarrow 2200 = 6600$																				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN A DESTINER LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN A DESTINER L'EXECUTION

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Deux pour 3 couronnes
 207 sur 631-41-11
 $200 \times 3 = 200 \times 3$
 $\Rightarrow 200 = 6600$

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVISDATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Bd. Med V N°13/ Route Boussekoula
BERRECHID - Tel.: 0622 32 44 33

N° Dossier: 182687
N° Dossier externe: 121-0059769
Type de dossier: DENTAIRE
Bénéficiaire: ELHARRAM FATIMA
Situation: Notifié
Sous-situation: ---
Date de début: 15-11-2023
Date de fin:
Date de saisie: 15-11-2023
Événement:

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires ajoutés

Date	Commentaire
27-12-2023	27-12-2023 Manuel ACC D 540 3CCM 31 41 42 S/R RX APRES DR ILHAM KHADDARI

DOCTEUR ILHAM EL KHADDARI

Chirurgien Dentiste

Bd Mohamed V N° 137

Route Bouskoura

Berrechid - Tél : 05 22 32 44 33



الدكتورة العام الخضاري

طبيبة جراحة الاسنان

شارع محمد الخامس

الرقم 137 طريق بوسكورة

برشيد - الهاتف : 05 22 32 44 33

Berrechid, le 23/08/24. برشيد في

ELHAMMAM FATIMA

FACTURE:

on a réalisé 3 couronnes
sur la 38.41.42.

= 2200 € 3.

2200 € 3

TOTAL = 6600 € 4.

Dr. Ilham EL KHADDARI
Médecin Dentiste
Bd. Med V N° 137 Route Boussekoura
BERRECHID - Tél.: 0522 32 44 33

DOCTEUR ILHAM EL KHADDARI

Chirurgien Dentiste

Bd Mohamed V N° 137

Route Bouskoura

Berrechid - Tél : 05 22 32 44 33



الدكتور إلهام الخضاري

طبيبة جراحة الأسنان

شارع محمد الخامس

الرقم 137 طريق بوسكورة

برشيد - الهاتف : 05 22 32 44 33

Berrechid, le 12/11/23 برشيد في

EL HAREM FATHIA

Je vous prie de bien vouloir annuler
le devis de 3 Couronnes 28ones sur
le 31-41-42 et de le remplacer

par le suivant = 3 CC7 sur 41-31-42

Merci

Dr. Ilham EL KHADDARI
Médecin Dentiste
Bd. Med V N° 137 Route Boussekoura
BERRECHID - Tél.: 0522 32 44 33



Date du cliché : 23/01/2024

Localisation : 42

Commentaire :

Dr. Ilham EL KHADDARI
Médecin Dentiste
Bd. Med V N°137 Route Boussekoura
BERRECHID - Tél.: 0522 32 44 33

