

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.

Maladie

Dentaire

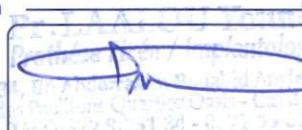
Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	2824	Société :	192239
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : TAHRI JOUTEI Naima			
Date de naissance : 05.04.1952			
Adresse : 518 Hadj Fateh - ouffa - casa			
Tél. 06 32 30 0367		Total des frais engagés : Dhs	

Cadre réservé au Médecin

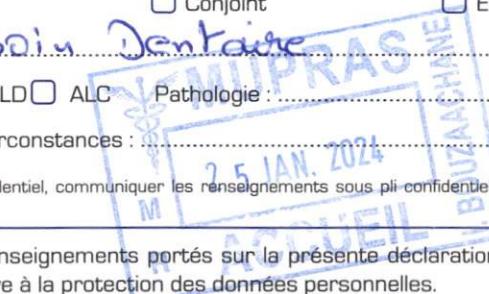
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	15.01.2024		
Nom et prénom du malade :	TAHRI JOUTEI Naima	Age :	72
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Sain Dentaire		
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> 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 : Casablanca Le : / /

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
	23 Janv 2024	1740.00
	IMP/0920239930	

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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
	Consultation	DG	
			Coefficient DES TRAVAUX DG
			MONTANTS DES SOINS 200,00
			DEBUT D'EXECUTION 15/01/24
			FIN D'EXECUTION 15/01/24
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B		
	MONTANTS DES SOINS (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
	DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION P.T.A.P. 2024		
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION P.T.A.P. 2024		

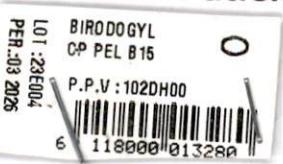
Pr. Younès LAALOU
Professeur Agrégé en Prothèse Fixée

Docteur en Médecine Dentaire-FMD. Casablanca
C.E.S de Biomatériaux Dentaires
C.E.S de Prothèse Fixée
C.E.S de Prothèse Adjointe Partielle
C.E.S de Prothèse Adjointe Totale
C.E.S de Parodontologie
Diplôme d'Université de Prothèse Maxillo-Faciale .Paris VII



Casablanca le, 15/01/2024

Patient(e) : Mme TAHRI JOUTEI Naima



102,0 **Birodogyl 500 mg**
1 cp matin et soir pendant 5 jours

S.V.

Doliprane 1000 mg

1 Comprimé chaque 6h en cas de douleur

KIN Gingival Bain de bouche (BB)

Rinçage 2 à 3 fois par jour pendant 5 jours



S.V.

Total = 174,0 Dhs



23 Janv 2024

34, Bd Abderrahim Bouabid-Angle rue des papillons. Quartier Oasis. Casablanca
05.22.98.51.34/ 05.22.99.66.16/ 06.62.12.81.46

contact@oasisdentalclinic.ma

Dr LAALOU Younès
Chirurgien Dentiste
34, Bd Abderrahim bouabid
angle rue des papillons
Quartier Oasis
20410 casablanca Maroc

Tél: 05 22 98 51 34

ICE: 001613438000068
INP: 094012036
IF: 40909050
CNISS: 6105022



Oasis
Dental
Clinic



Note d'honoraire N°: 115-01F-2024

Date : 15/01/2024

M. TAHRI JOUTEI Naima

Nom de l'acte	Code	Lettre clé+Coeff	Dent(s)	Montant
Consultation	Cs	C 6	Toutes	200,00 DH
TOTAL				200,00 DH

Mode règlement : Espèce

Arrété le montant de la facture à la somme de :

Deux cent MAD

Signature du praticien

Page 1 sur 1