

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

M23-0017935 **ACC**

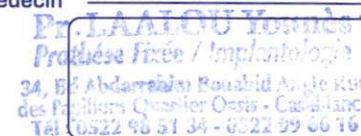
☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **2824** Société : **188986**
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : **TAHRI Joutei Naima**
Date de naissance : **05-04-52**
Adresse : **Casa - 518 Hg FATEH**
Tél : **0632300367** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **02/01/2024**
Nom et prénom du malade : **TAHRI JOUTEI Naima** Age : **71 ans**
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : **Prothèse Dentaire**
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 : **Casablanca** Le :
Signature de l'adhérent(e) : **TAHRI**

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

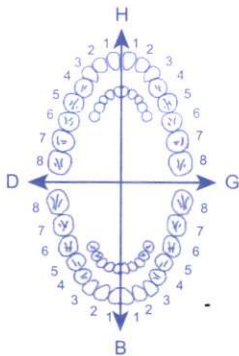
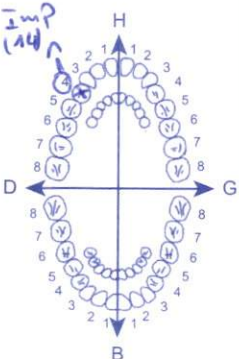

[illegible][illegible][illegible][illegible]

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 <input type="text"/>										
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>										
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			IMP: 094012036										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>										
	- Mise en place d'un implant (14)			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										
														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

N° Dossier:

188986

N° Dossier externe:

M23-0017935

Type de dossier:

DENTAIRE

Bénéficiaire:

TAHRI JOUTEI NAIMA

Situation:

Notifié

Sous-situation:

Date de début:

02-01-2024

Date de fin:

Date de saisie:

02-01-2024

Événement:

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants [+]

Date	Type	Commentaire
04-01-2024	Manuel	ACC D100 IMP 14 S/R RX APRES DR LAALOU YOUNES

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

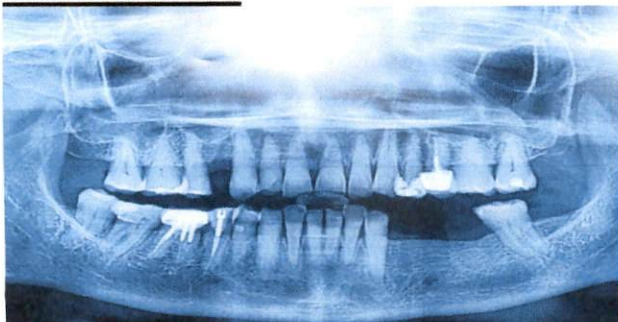


Oasis
Dental
Clinic

Casablanca le 08/01/2024

Patient (e) : TAHRI JOUTEI Naima

Radio avant :



Radio après :



Pr. Younès LAALOU

34, Bd Abderrahim Bouabid Angle rue des papillons.Oasis. Casablanca
Tél : 05 22 98 51 34 / 05 22 99 66 16
mobile : 06 62 12 81 46 / 06 62 18 72 80
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
CNSS: 6405022



Oasis
Dental
Clinic



Note d'honoraire N°: 61-01F-2024

Date : 08/01/2024

M. TAHRI JOUTEI Naima

Nom de l'acte	Code	Lettre clé+Coeff	Dent(s)	Montant
Mise en place d'un implant			14	6.300,00 DH
TOTAL				6.300,00 DH

Mode reglement : Chèque

Arrêté le montant de la facture à la somme de :

Six mille trois cent MAD

Signature du praticien

Dr. LAALOU Younès
Prothèse Fixée / Implantologie
34, Bd Abderrahim Bouabid
Angle rue des papillons
Quartier Oasis
Tél: 05 22 98 51 34 - 05 22 98 51 36