

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-817115

PeC
CASA
Anfa

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12511 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MAACH SAIF EDDINE 74116
Date de naissance : 28/09/1986
Adresse : RUE MELIA RESIDENCE DU PARC
APT 44 MOHAMMEDIA
Tél. : 06 61 14 66 28 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Chirurgien Dentiste
717, Bd. La Résistance Hassan II
Mohammedia
Tél. 05 23 28 00 66

Date de consultation : 05/09/2023

Nom et prénom du malade : Maach Saif Eddine Age :

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

Nature de la maladie : Dents de prothèse

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 : MOHAMMEDIA Le : 05/09/2023

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][illegible]

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
		A M	P C	I M	I V	

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 094469703																				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																				
				MONTANTS DES SOINS																				
				DEBUT D'EXECUTION																				
				FIN D'EXECUTION																				
Q.D.F PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> <th colspan="2"></th> </tr> </tbody> </table> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession Devis de Couronne Zirconie sur P 46			H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553			B				COEFFICIENT DES TRAVAUX D200
H		G																						
25533412	21433552	00000000	00000000																					
00000000	00000000	00000000	00000000																					
35533411	11433553																							
B																								
				MONTANTS DES SOINS 4000 dh																				
				DATE DU DEVIS 05/09/23																				
				DATE DE L'EXECUTION 27/12/23																				
Dr. Khouloud CHERTY Chirurgien Dentiste 717, Bd. La Résistance Mohammadia Tél. 05 23 28 00 66				Dr. Khouloud CHERTY Chirurgien Dentiste 717, Bd. La Résistance Mohammadia Tél. 05 23 28 00 66																				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CENTRE DENTAIRE CHERIF

Dr. Khouloud CHERIF

Chirurgien Dentiste

Diplômée de la Faculté de Médecine

Dentaire Hassan II - Casablanca

CES en dentisterie laser à l'université de Gênes

Soins et prothèse dentaire - Orthodontie - Blanchiment

Laser - Implantologie - Pédodontie

Radiologie dentaire (RVG, panoramique)



الدكتورة خلود شريف

طبيبة جراحة للأسنان

خريجة كلية طب الأسنان الدار البيضاء

شهادة الدراسات العليا في العلاجات

بالليزر جامعة جينوا

علاج - أشعة - جراحة - تعويض - ليزر

تقويم إعوجاج الأسنان - تبييض وزرع الأسنان

ORDONNANCE

Mohammedia le : 27/11/23 : المدينة :

Je soussignée ,

DR. KHOULOU CHERIF
Chirurgien Dentiste

717, Bd. La Résistance Hassania 1

Mohammedia - Tél. : 05 23 28 00 66

certifie avoir

reçu la somme de 4000 dh (Quatre
Mille dirhams) de M^R Maach Saif
Eddine.

et ce pour :

- Exécution Zirconie sur la 16 .

celle - ci est délivrée à l'intéressé pour
servir et faire valoir ce que de droit

717, Bd. la Résistance Hassania 1

Mohammedia

Tél : 0523.28.00.66

DR. KHOULOU CHERIF
Chirurgien Dentiste

717, Bd. La Résistance Hassania 1

Mohammedia - Tél. : 05 23 28 00 66

ICE : 001745823000026

TP : 39311532

IF : 40430698

CNSS : 9754640

INP : 094169703

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Code Procédure : PR4FR01

Version : 2.0

Date : 24/05/2022

Le 05/09/2023

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 12511 E-mail : SMAACH@ROYALAIRMAROC.COM Phones : 0661146628
Nom et Prénom de l'adhérent : MAACH SAIF EDDINE
Nom et Prénom du bénéficiaire : MAACH SAIF EDDINE

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : Dr. Khouloud CHERIF
Chirurgien Dentiste
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. Maach Saif Eddine
Nécessite une prothèse zircon sur le 16
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) D200

Une hospitalisation de (approximatif) ...
A (préciser l'établissement hospitalier) ...

STRICTEMENT CONFIDENTIEL



Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS):

Cachet, date et signature du praticien

A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

N° Dossier: 174116 
N° Dossier externe: PEC-12511/06-09-23
Type de dossier: DENTAIRE 
Bénéficiaire: MAACH SAIF EDDINE
Situation: Notifié 
Sous-situation: --- 
Date de début: 06-09-2023 
Date de fin: 
Date de saisie: 06-09-2023
Événement: 

Commentaires pour l'édition

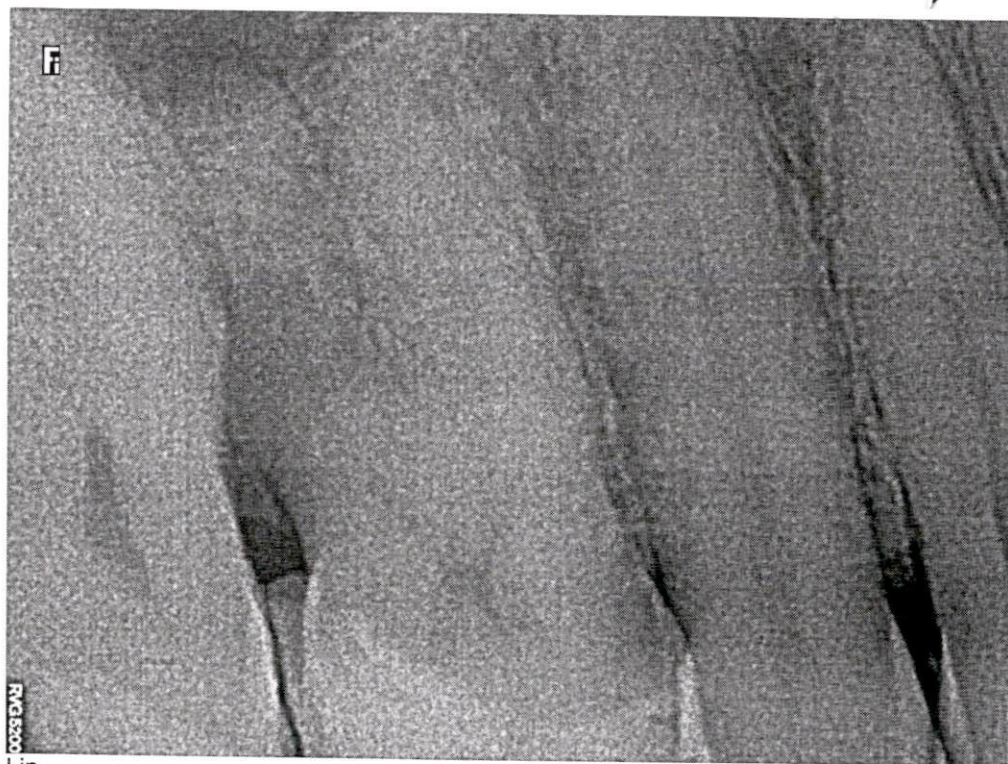
Ajouter

Commentaires ajoutés

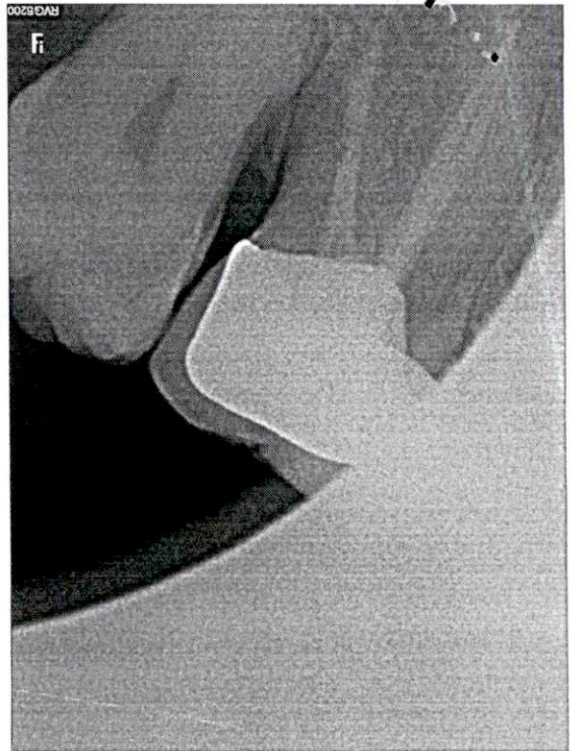
Date	Commentaire
08-09-2023	prestataire non conventionné

Commentaires existants 

Date	Type	Commentaire
08-09-2023	Manuel	ACC D180 CCM 16 S/R RX APRES DR KHOULOUDE CHE



Lin



Lin

CS Imaging Software V7, 0, 0, 20