

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

- Réclamation : contact@mupras.com
 Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement d'adresse : www.mupras.com
Politique de confidentialité et protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-786896

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricole : <u>8227</u>		
Société :		
<input type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre :		
Nom & Prénom : <u>LAHLAZ SNAIR</u>		
Date de naissance :		
Adresse :		
Tél. <u>06 61 96 70 67</u> Total des frais engagés : <u>1500,00</u> Dhs		

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
 <small>CABINET D'ORTHODONTIE DU MAARIF Dr. NAFIS MAARIF ORTHODONTISTE 14 Rue Abou Abdallah Nafis Maârif Casablanca 20000 - Tél. 05 22 23 57 93</small>	
Date de consultation : <u>12/12/2012</u>	
Nom et prénom du malade : <u>LAHLAZ Shirine</u>	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : <u>Bilatéral Dentaire</u>	
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) :



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
				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
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																									
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 0994012499																					
		<p>12/12/23 Bilan Dentaire</p> <ul style="list-style-type: none"> - Radiographie - Téléradios de profil - Empreintes + moulages - Analyse céphalométriques <p>CABINET D'ORTHODONTIE DU MARAIS Dr. M'hamed AAKHTI ALL ORTHOENTIST 44, Rue Abou Abdallah Nah Casablanca (Face Parking du Marais) Tel: 23-57-88 / 23-57-89</p>	<small>COEFFICIENT DES TRAVAUX</small> 245																						
O.D.F PROTHESSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		G	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			
H		G																							
25533412	21433552																								
00000000	00000000																								
D		G																							
00000000	00000000																								
35533411	11433553																								
B																									
				<small>COEFFICIENT DES TRAVAUX</small> 1.500																					
				<small>MONTANTS DES SOINS</small> 12/12/22																					
				<small>DATE DU DEVIS</small> 12/12/22																					
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS 																									

Dr. M'CHACHTI ABAKHTI Ali

ORTHODONTISTE

SPECIALISTE EN ORTHOPEDIE DENTO - FACIALE
DIPLOME DE LA FACULTE DE MEDECINE DE MONTPELLIER

ORTHODONTIE EXCLUSIVE

Adultes et Enfants

44, rue Abou Abdellah Nafii
(Face Parking du Marché) Maârif - Casablanca
Tél. : 022.23.57.88 - Tél./Fax : 022.23.57.93
e-mail : dr.mchachti@iam.net.ma



Casablanca, le 12/12/2023

F A C T U R E

Patente : 35712419 - ICE : 001841066000032
IF: 40703639 - CNSS: 2570382

Mlle. LAHLALI Shirine

Nous soussignés, **CABINET D'ORTHODONTIE DU MAARIF**,

attestons avoir reçu la somme de **1 500,00 dirhams,**
(Mille cinq cents dirhams)

de **Mlle. LAHLALI Shirine**

pour le **Bilan Dentaire**

**CABINET D'ORTHODONTIE
DU MAARIF**
Dr. M'CHACHTI ABAKHTI Ali
44, Rue Abou Abdellah Nafii
Casablanca (Face Parking du Marché)
Tél. 23-57-88/23-57-93