

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

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



201851

Déclaration de Maladie

M23- N° 0042445

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1272

Société : NAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : KADRI HASSAN

Deham

Date de naissance : 8.1.1983

Adresse :

Tél. : 0667117245

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : KARTITE NARYEM

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Caractère Bucco-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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

	25/01/2024	apt	200 DA

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

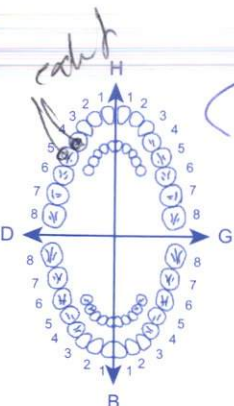
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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

	221-24	crist	LAD	COEFFICIENT DES TRAVAUX	221-24
	221-24	crist	LAD	MONTANTS DES SOINS	400
	221-24	crist	LAD	DEBUT D'EXECUTION	
	221-24	crist	LAD	FIN D'EXECUTION	221-24
	221-24	crist	LAD		

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Implantologie

Orthodontie

Prothèse dentaire

Parodontie

Blanchiment Dentaire

Chirurgie Buccale

Esthétique du sourire

Pédodontie



زراعة الأسنان
تقويم الأسنان
تعويض الأسنان
علاج اللثة
تبييض الأسنان
جراحة الفك
تجميل الأسنان
طب أسنان الاطفال

Témara le 24-1-24

KARTITE MARYEN

Faire SSP

Dr. Fadwa EL BALOUCHI
Radiologue
Radiologie Moulay Ali Cherif
N°1, P.D.C. Sect. 8 - Témara
Tél/Fax : 05 37 64 49 65
INPE : 0123 0045

Dr. Balou - 1-2

Dr. balouz khaoula
Médecin dentiste
05 37 64 49 65

Radiologie Moulay Ali Chérif

RADIOLOGIE

FACTURE

Date	Numéro	I.N.P.E
25/01/2024	704 / 2024	101234045

Nom patient : KARTITE MARYEM

Médecin : BALOUZ KHAOULA

PAYANT

	Montant
PANORAMIQUE DENTAIRE	200,00
	200,00

24A251054	Total	200,00
Arrêtée la présente à la somme de : DEUX CENTS DIRHAMS		

Dr.Balouz khaoula

Note d'honoraires N°: 27/12024

Patient: KARTITE MARYEN

INP:104170733 ICE: 0016545 690000 84 IF: 404 222 96 Patente :17 9288 88

Act	Honoraires
caut 514	200
caut 515	200
Total:	400

Dr balouz khaoula
Médecin dentiste
05 37 64 49 65

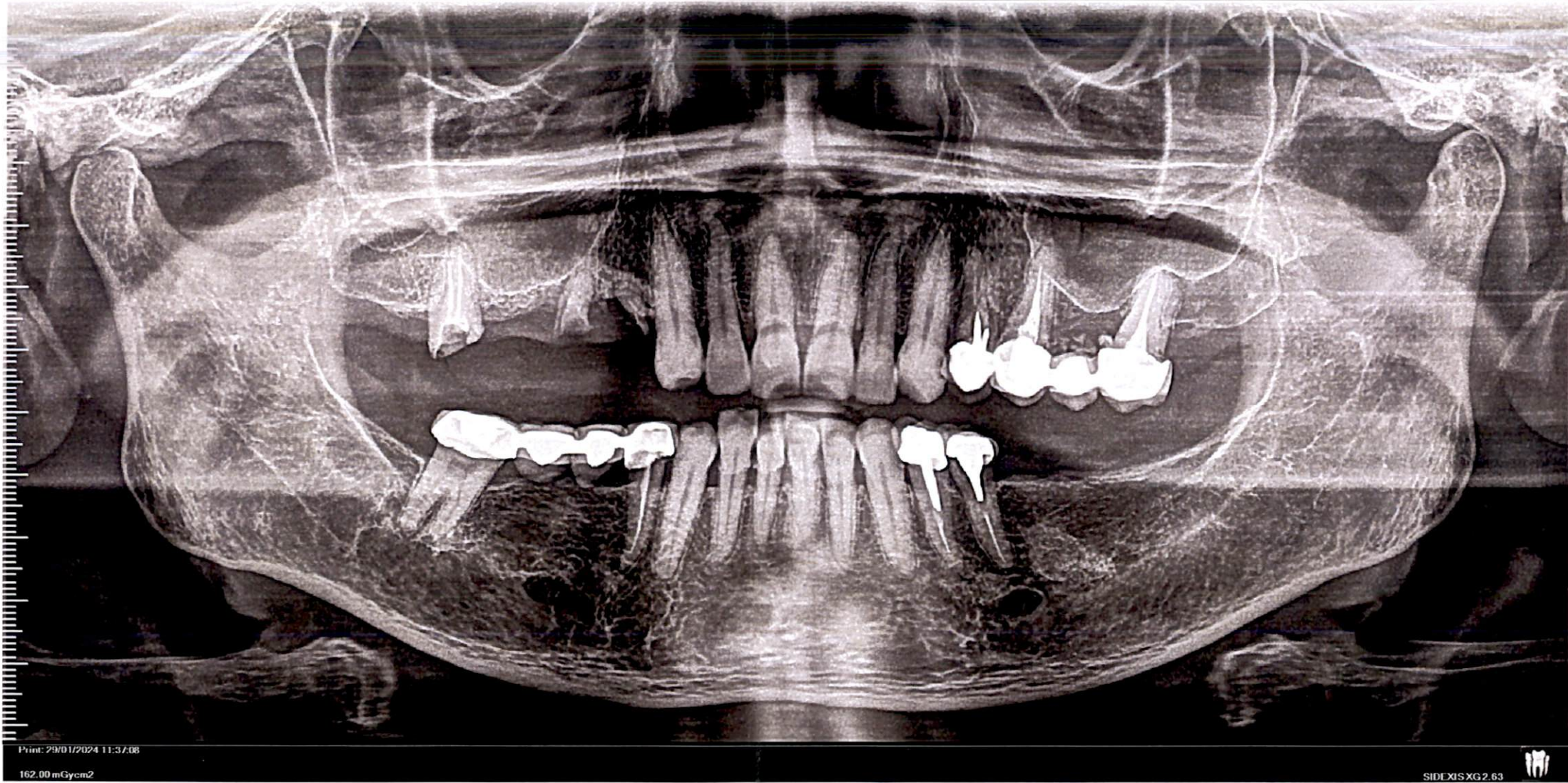
Rés.les perles de Témara,Imm.N1.Appt8.Avenue Hassan II

Dr. Fadwa BARROUCHE
Radiologue
Radiologie Moulay Ali Cherif
N°1, RDC, Sect. 3-Témara
Oulvard Moulay cherif, Im. 8,
Tél-Fax: 0537 40 66 29 - 0537 61 89 79
N°PE 101234045

KARTITE MARYEM, - *01/01/63

01XP 25/01/24 11:09:20 Acc.No. 62002

KHAOULA*DR..
RADIOLOGIE MOULAY ALI CHRIF
TEMARA



Print: 29/01/2024 11:37:08

162.00 mGycm2

SIDEXIS XG2.63

