

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.

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



Déclaration de Maladie

N° P19-0040898

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7756 Société : RAM 203458
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : KOURD ABDELGHANI
Date de naissance : 12-10-60
Adresse : RES. EL HANOUF 10010 ABT 6 HAY SALAM
CASA
Tél. : 06 19 20 57 60 Total des frais engagés : 900,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Faysal MOUAK
Chirurgien Dentiste Spécialisé
180 Bd Oum Rabii 2ème Etage
Casablanca - Tél. : 0522 89 19 76

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : KOURD ABDELGHANI Age : 63

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

Nature de la maladie : Soins Dentaires

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 : CASA Le : 26/02/2024

Signature de l'adhérent(e) : A. Kourd


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
	26.05.24	61.20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	24/2/24	216	200 DH

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text" value="010"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="200 DH"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE 		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
		<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca le, 24/02/2024

Patient(e) : M. KOURD abdelghani

61,20

Amoxil500 mg

1 Comprimé 3 fois par jour pendant 06 jours

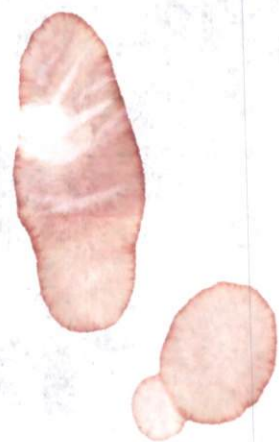
PPV : 61,20 DH
LOT : 683570
PER : 11/25



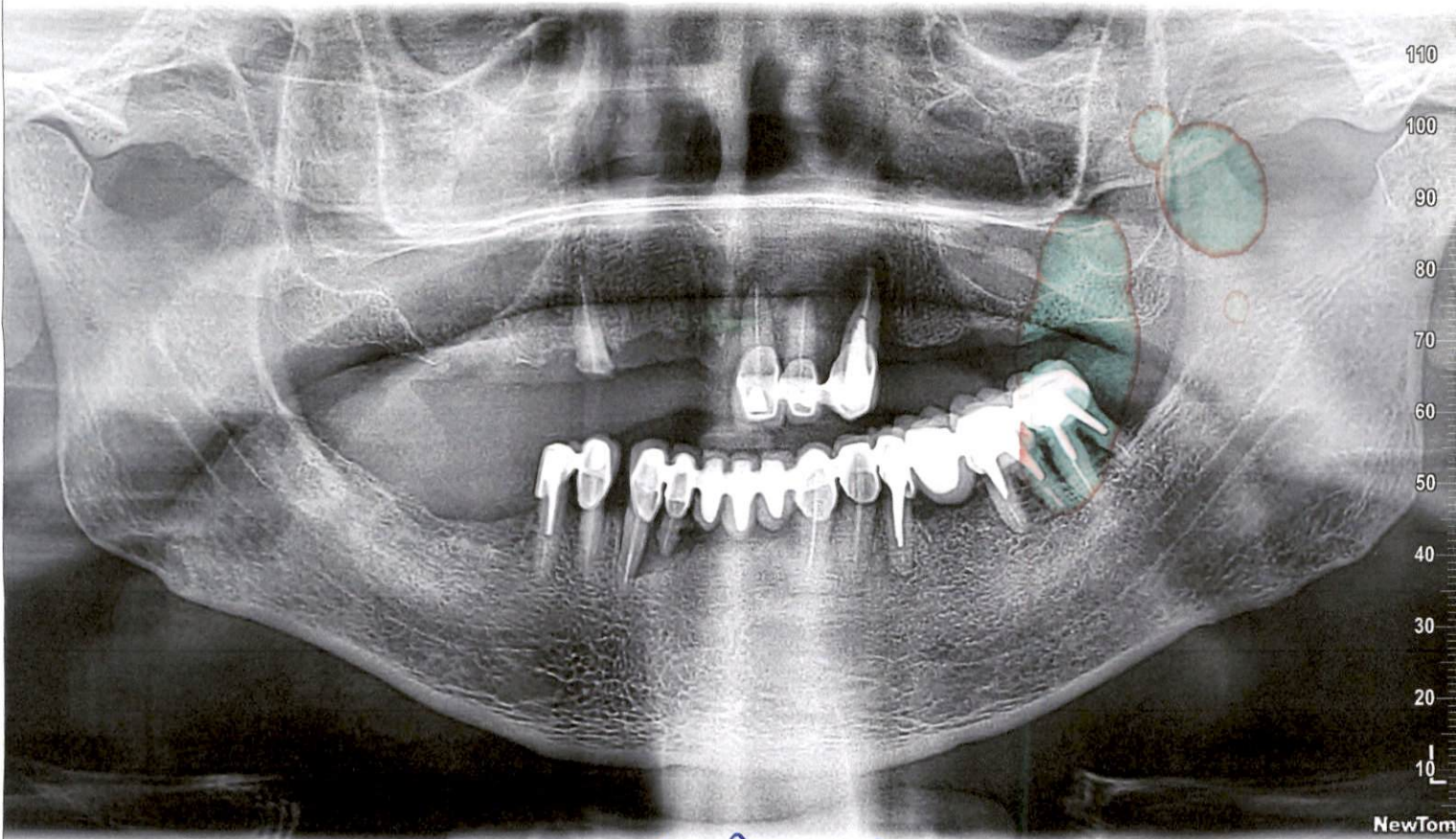
Dr. Faysal MOUAK
Chirurgien Dentiste Spécialisé
189-190, Ann Rabit 2ème Etage
Casablanca - Tel.: 0522 89 14 76

PHARMACIE EL OULFA
PHARMACOYA
Dr. SVISTAKOVA YASMINE
N°54, Bd. Oued Tensift Oulfa Casablanca
Tél: 05 22 22 22

Dr : «prat»



24/02/2024 12:46:02
[EXPOSITION TOTALE EXAMEN]
90.000 mGyem²
12.70 s
Image 3 de 5
75.00 kV
6.00 mA



compte Rendu Perce panoramique

- ABS d'anomalies au niveau des structures géniales
- Forme dentaire incomplète
- Lyse alvéolaire généralisée

Dr. Faysal MOUAK
Dentiste Spécialisé
180 Bd Oum Rabii 2ème Etage
Casablanca - Tel: 0622 89 19 76

Note d'honoraire N°: 708-F-2023

Date : 01/03/2024

M. KOURD abdelghani

Nom de l'acte	Code	Lettre clé+Coeff	Dent(s)	Montant
CONSULTATION	HN	HN	Toutes	100,00 DH
Panoramique	T151	Z 16	Toutes	200,00 DH
EXTRACTION SIMPLE	D713	D 10	13	300,00 DH
EXTRACTION SIMPLE	D713	D 10	23	300,00 DH
TOTAL				900,00 DH

Mode reglement :

Arrêté le montant de la facture à la somme de :

Neuf cent MAD

Signature du praticien

Dr. Faysal MOUAK
Chirurgien Dentiste Spécialisé
180 Bd. El Moukharbi 2eme Etage
Casablanca - Tel.: 0522 89 19 76