

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 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 514

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LYASSINI

mohamed

158596

Date de naissance : 01.01.1945

Adresse : 10 Bd. Tichka Hay Az-Zayara I An Chak.

CASABLANCA

Tél. : 06 22 42 32 22

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08.03.2023

Nom et prénom du malade : LYASSINI STAS

Age : 24 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Prothèse Dentaire

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 : 08/03/2023

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
152,80	24/03/23	<p>PHARMACIE ANNEXE GSA</p> <p>ISMAMIL MOLTOUZI ALEXANDRA</p> <p>DOCTEUR EN PHARMACEUTIQUE</p> <p>RES AL BOUSTANE IMM +</p> <p>Montant de la facture</p> <p>152,80</p> 

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

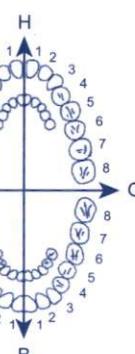
AUXILIAIRES MEDICAUX

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
			COEFFICIENT DES TRAVAUX 6000,- DT
		Le 24/03/2023 Facture pour Inlayage Thérapie céramo-clinique Zirconium (Z) D280	MONTANTS DES SOINS 6000,- DT
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	DEBUT D'EXECUTION D280
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 G 21433552 00000000 B 00000000 11433553	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	FIN D'EXECUTION 6000,- DT
		81/03/2023 Devis pour Inlayage. Thérapie céramo-clinique Zirconium (Z) Centre Dentaire Chifaa Dental Clinic Chifaa Etage Lot 37 Giza - Egypt T: 00202222222222 E: info@chifaa.com	COEFFICIENT DES TRAVAUX D280
			MONTANTS DES SOINS 6000,- DT
			DATE DU DEVIS 81/03/2023
			DATE DE L'EXECUTION 24/03/2023
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	Lot 37 Giza - Egypt T: 00202222222222 E: info@chifaa.com	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	Lot 37 Giza - Egypt T: 00202222222222 E: info@chifaa.com

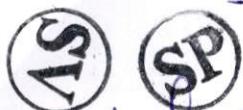


CENTRE DENTAIRE CHIFAA
مركز طب الأسنان الشفاء

Ordonnance

Le 24/03/2023

Dr Ly El H. Saeed
80,000
1) Mercadol (Pâte dentifrice)



12,000 En brosse. 3x/j

LOT : 22ED13
PER : 09/2025
ELUDRIL SOLUTION 90 ML
P.P.V : 17DH70

5 118000 010548

2) Eludril (B.B) (Antidouleur)



5,000 En cinqof 3x/j apres brosse. AD 75.

3) eucrapolis (Gel)

LOT : 347 / PER : 05/2025
PPC : 55,10 DHS

3 applications / su la gencive enflammée



CENTRE DENTAIRE CHIFAA
مركز طب الأسنان الشفاء

Ordonnance

Le 24/03/2023

Facture LyA 8591 Saeed

Inlay am + CLZ sur Bo(25)

D₂₈₀

6000,-

six mille six cent

Centre Dentaire Chifaa
Docteur Widad KAF
Chirurgien Dentiste
Bd. Oum Rabie imm 3 rue 75
2ème Etage El Oulfa Casablanaca
Tél: 0522 65 86 78 / 0522 61 54 87 82

DR kaf widad

Mr. SAAD LYASSIMI

(25) Après

Né(e) le : 01/01/1901
Numéro INSEE :



Date du cliché : 24/03/2023

Localisation :

Commentaire :

Lamme Ceramo - Céramique
Zircon sur la (25)

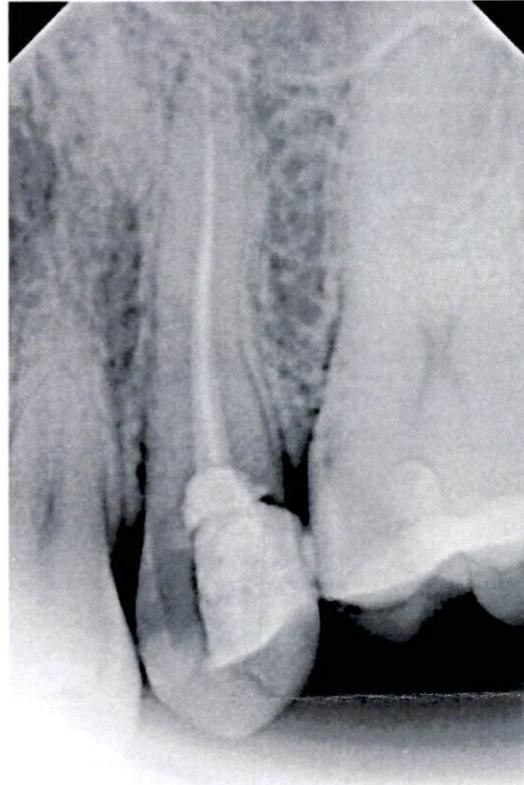
Centre Dentaire Chifaa
Dr. KAF
Lamme Ceramo - Céramique
Zircon sur la (25)
Tél: 0522 65 65 77 - 0522 65 65 77

DR kaf widad

Mr. SAAD LYASSIMI

(25) Avant

Né(e) le : 01/01/1901
Numéro INSEE :



Date du cliché : 08/03/2023

Localisation :

Commentaire :

Centre Dentaire Chifaa
Dr. Dr. Kaf Widad
Chirurgien Dentiste
Lot. 37 Ghar El Melh - 1020 Zemam El Gezira
Tel: 0522 65 00 77 - Fax: 0522 65 86 77

N° Dossier: 152596

N° Dossier externe: ACC-00514-09/03/2023

Type de dossier: DENTAIRE

Bénéficiaire: LYASSIMI SAAD

Situation: Notifié

Sous-situation: ---

Date de début: 09-03-2023

Date de fin:

Date de saisie: 09-03-2023

Événement: 

Commentaires pour l'édition

(Empty comment area)

Ajouter

Commentaires existants [▼]

Date	Type	Commentaire
10-03-2023	Manuel	ACC D220 IC+CCM 25 S/R RX APRES DR KAF WIDAD