

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



Déclaration de Maladie

N° W21-645095

187613

Maladie Dentaire Optique Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 616 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : SAHLI LAHOUCINE

Date de naissance : 21.06.1948

Adresse : WILLYA 1 RUE 14 DE M. CASA AIR EBOCKE

Tél. : 06 64 88 55 94 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr Hicham LAHROUSSI
Orthodontiste
Hay EL Ousra Bd. Amgala N° 151
Tél.: 0522 21 21 08
CASABLANCA

Date de consultation : 20/12/2023

Nom et prénom du malade : SAHLI LAHOUCINE Age: 75 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : SD

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 : 20/12/23

Signature de l'adhérent(e) : _____

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



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
				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
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

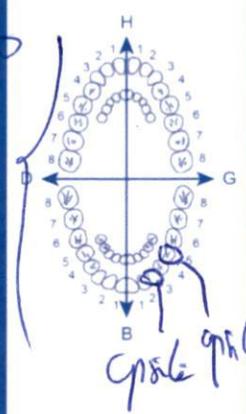
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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	INP : <input type="text" value="094013331"/>																					
	35	épate	D12	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text" value="D32"/>																					
	33	épate	D12																						
	toute dent		D8	MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="800,00"/>																					
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text" value="13.12.23"/>																					
				FIN D'EXECUTION <input type="text" value="20.12.23"/>																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
	<table border="1"> <tr><td></td><td>H</td><td></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></td><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																								
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Therapeutique, necessaire a la profession</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																					

Début de



Dr. Richard LAHROUSSE
Orthodontiste
Hay EL Ouzra Bd. Amgala N° 151
Tél: 0522 27 21 09
CASABLANCA

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DR LAHROUSSI HICHAM

Docteur en chirurgie dentaire

Orthodontiste,DIU orthopédie cranio-dento-maxillo
faciale de la faculté de médecine de DIJON(France)

Note d'honoraires N 200/2023

20/12/2023

Nom : SAHLI Lahoucine
Lien de
Montant : 800,00 DH
Soit : huit cents __ __
Pour : DETARTRAGE

COMPOSITES SUR LES DENTS N 35+33

Signature

Dr Hicham LAHROUSSI
Orthodontiste
Hay,EL Ousra Bd. Amgala N° 151
Tél: 0522 21 21 09
CASABLANCA

INPE:094013331/ICE:001714026000095/IF:51008715
151,bd amgala casa ain chok tel 0522212109