

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- 049133

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1047 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL AOUADI ABDELKADER

Date de naissance : 08-10-1949

Adresse : 6560 HAY AMAL

AZEMMOUR ZEAKADER @Rakmail.com

Tél. : 0670970128 Total des frais engagés : 4000 m Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12 OCT. 2023

Nom et prénom du malade : M^{me} FLOHI MINA Age : 74/10/52

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

Nature de la maladie : 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 : AGADIR Le : 12 / 10 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

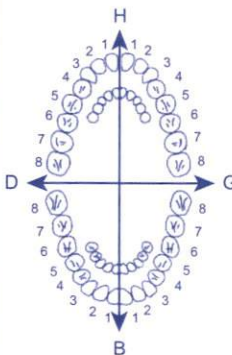
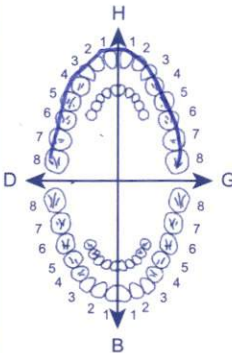
[illegible][illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80px;" type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 80px;" type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80px;" type="text" value="120"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 80px;" type="text" value="40000"/>														
	<i>remplacement d'une prothèse adjointe complète des hauts</i>			DATE DU DEVIS <input style="width: 80px;" type="text" value="12 OCT. 2023"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text" value="06 JAN. 2024"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Mostapha LABIAD

D.U. Bacc. Im. 23, Enceinte

25, km. Essalam Taib. rt Agadir

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Mustapha LABIAD

Chirurgien Dentiste

ICE: 001670701000050

Patente : 49541835

I.F: 79412300 - CNSS: 2235879

الدكتور مصطفى الابيض

طبيب جراحي للأسنان

ر.ت.م. : 001670701000050

06 JAN. 2024
أكادير في : Agadir le :

NOTE D'HONORAIRES

Nom et Prénom : M^{me} TLOHI MINA

Observations : réalisation d'une prothèse
cémentaire complète du maxillaire

Honoraires : cémentaire complète du maxillaire (4000000)

Dr. Mustapha LABIAD

Ch. Dentiste

D U. Paro. Implan. Endodontie

et Prothèse Fixée

Signature : 25, Imm. Essalam Talborjt Agadir

Tél: 05.28.38.00.38

Dr. Mustapha LABIAD

Chirurgien Dentiste

ICE: 001670701000050

Patente : 49541835

I.F: 79412300 - CNSS: 2235879

الدكتور مصطفى الأبيض

طبيب جراحي للأسنان

ر.ت.م.: 001670701000050

أكادير في : 06 JAN. 2024 Agadir le :

NOTE D'HONORAIRES

Nom et Prénom : M^{me} TLOHI MINA

Observations : réalisation d'une prothèse
adjointe complète du maxillaire

Honoraires : quatre mille chaus (4000,00)

Dr. Mustapha LABIAD
Ch. Dentiste
O.U. Paro. Implanco, Endodontie
et Prothèse Fixée
Signature : 25, Imm. Essalam Talborjt Agadir
Tél: 05.28.38.00.38

N° Dossier:

179832

N° Dossier externe:

PEC-01047-20/10/2023

Type de dossier:

DENTAIRE

Bénéficiaire:

TLOHI AMINA

Situation:

En attente

Sous-situation:

Date de début:

20-10-2023

Date de fin:

20/10/2023

Date de saisie:

20-10-2023

Événement:

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires ajoutés

Date	Commentaire
24-10-2023	prestataire non conventionné

Commentaires existants [↑]

Date	Type	Commentaire
23-10-2023	Manuel	ACC D120 PAT SUP DR LABIAD