

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 - 8ème 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 Pec
N° P19-0034599

195495

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6755 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MUSTAPHA EL ADML

Date de naissance : 01/01/1963

Adresse : 46 Rue Cheikh MOU ELA-NAYNE
H DADA BERRECHID

Tél. 0656375810 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Mostafa LOUAHLIA
Médecin Dentiste
Angle Bd. Mohamed V et Rue
Yacoub Al Mohsour - Berrechid
Tél. 05 22 33 66 41

Date de consultation : 31/1/2024

Nom et prénom du malade : KHALIL Hayat Age :

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

Nature de la maladie : prise en charge

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 : BERRECHID Le : 13/2/24

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
		290291		

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 Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	
		debut D12		COEFFICIENT DES TRAVAUX 124
		debut D12		
	35	HCL+cp 38als	D30	MONTANTS DES SOINS 33000
	37	HCL+cp	D40	
	46	cp 38als	D15	DEBUT D'EXECUTION
	47	cp 38als	D15	
				FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
	<div> <div>H</div> <div>21433552</div> <div>00000000</div> <div>00000000</div> <div>00000000</div> <div>11433552</div> <div>G</div> <div>B</div> </div>	COEFFICIENT DES TRAVAUX 15000
	<div> <div>(Création, remont, adjonction)</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div> </div>	
	Bridge 35x37	MONTANTS DES SOINS 15000
	3ccm	
	ccm 47	DATE DU DEVIS 31/1/24
	ccm 17	
		DATE DE L'EXECUTION

Dr Mostafa LOUAHIA
 VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
 Angle Bd. Mohamed V el Rue
 Yacoub Al Mansour Berrechid
 Tél. 09 22 33 68 41

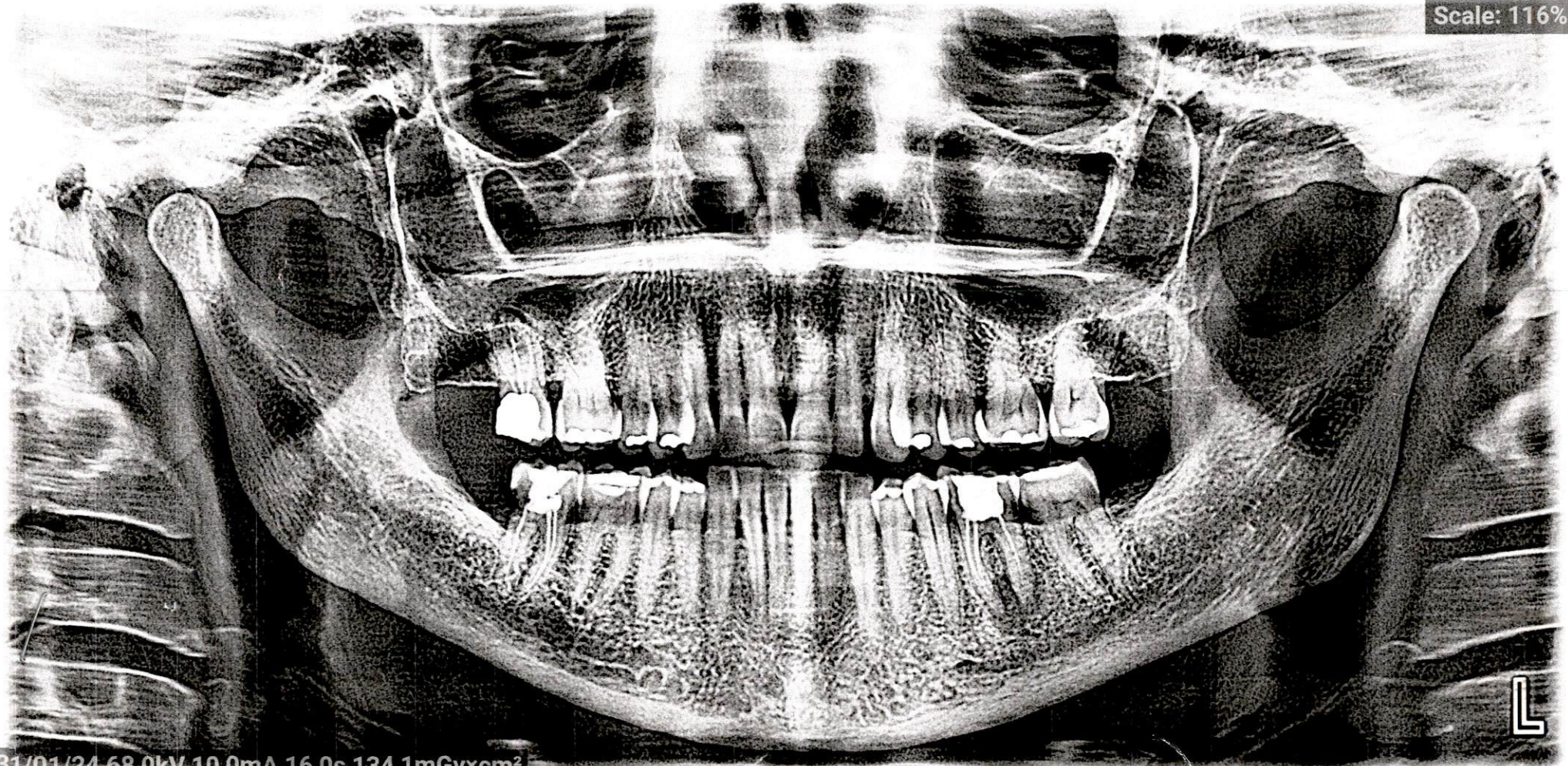
Dr Mostafa LOUAHLIA
Médecin Dentiste
Angle Bd. Mohamed V et Rue
Yacoub Al Mansour - Berrechid
05 22 33 66 41

Khalmi Hayat
Date De Naissance :








Dr Mostafa LOUAHLIA
Médecin Dentiste
Angle Bd. Mohamed V et Rue
Yacoub Al Mansour - Berrechid
05 22 33 66 41



Scale: 116%



31/01/24 68,0kV 10,0mA 16,0s 134,1mGy×cm²

N° Dossier: 195495 
N° Dossier externe: PEC-6755-19-02-2024
Type de dossier: DENTAIRE 
Bénéficiaire: KHALMI HAYAT
Situation: En attente 
Sous-situation: --- 
Date de début: 19-02-2024 
Date de fin: 
Date de saisie: 19-02-2024
Événement: 

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants [+]

Date	Type	Commentaire
20-02-2024	Manuel	PAS DACC POUR CCC DENTS POST A REMPLACER PAR COM