

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

- Reclamation : 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° P19-0037077

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07364 Société : R.A.M

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MENOUNY AMINE

Date de naissance : 23/05/1970

Adresse :

Tél. : 0666966842 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Zouhair ABID
Orthodontiste Exp.
105 Avenue Mars Mohammed
6ème Etage App. Casablanca
Tel. 0522 80 58 06

Date de consultation : 03 / 07 / 2019

Nom et prénom du malade : MENOUNY RITA Age :

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

Nature de la maladie : DDM

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : RAS

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration, avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : / / Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-037077

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

et du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

et signature du Coire 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	

VOLET ADHERENT

770780

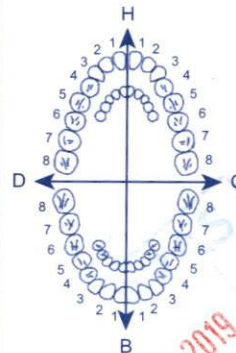
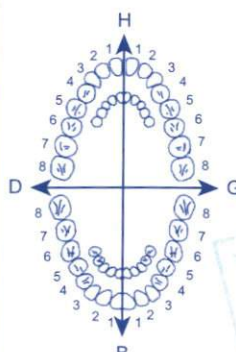
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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														
		Bilan ODF	D ₄₅	1000,00 D ₄₅														
		Radio panoramique																
<p>Dr Zouhair ABIDINE Orthodontiste Exclusive 105 Avenue 2 Mars 2ème étage App. Casablanca Tel 0522 80 58 06</p> <p>17 SEP. 2019</p> <p>maquette Analyse céphalométrique Plan de traitement</p>				<p>DEBUT D'EXECUTION</p> <p>FIN D'EXECUTION</p>														
<p>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</p> <p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</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>B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> <p>20 SEP. 2019</p>				H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DATE DU DEVIS</p> <p>DATE DE L'EXECUTION</p>
H	H																	
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B	B																	
																		
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p>				<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p>														

Dr. ABIDINE ZOUHAIR

Spécialiste en Orthopédie Dento-Faciale
Orthodontie de l'adulte et de l'enfant
Master Européen Damon, Madrid
Master Européen en Orthodontie Invisible
Invisalign, Malaga
Membre du Collège Européen d'Orthodontie



Casablanca, le 20.07.2019

Facture

Je soussigné avoir reçu de Monsieur Benouy Anne
la somme de mille dirhams (1000,00 DH)
pour le Bilan ODF de son enfant vitamenouy

fournir Complément du Bilan ODF
(analyse céphalique + plan de t°)

20 SEP. 2019

Dr Zouhair ABIDINE
Orthodontiste Exclusive
105 Avenue 2 mars 2ème
étage App 5 casablanca
Tel 0522 80 58 06

CPH du
Bilan
non fourni

Ble

231

Signature

105 Avenue 2 Mars, 2ème Etage, Appt 5, Casablanca

Tel. +212 5 22 805 806

Mail. info@dentalclinic2mars.com

Web. www.dentalclinic2mars.com

Dr. ABIDINE ZOUHAIR

Spécialiste en Orthopédie Dento-Faciale
Orthodontie de l'adulte et de l'enfant
Master Européen Damon, Madrid
Master Européen en Orthodontie Invisible
Invisalign, Malaga
Membre du Collège Européen d'Orthodontie



Casablanca, le12.09.2013.....

Compte Rendu

Panoraxie

- 48, 38, 27 en état de germe.
- 13, 23 incluse
- 18: absente.

Radiographie de profil!
Biprisme maxillaire et mandibulaire.

Dr Zouhair ABIDINE
Orthodontiste Exclusive
105 Avenue 2 Mars 2ème
etage App 5 Casablanca
Tel 0522 80 58 06

105 Avenue 2 Mars, 2ème Etage, Appt 5, Casablanca

Tel. +212 5 22 805 806

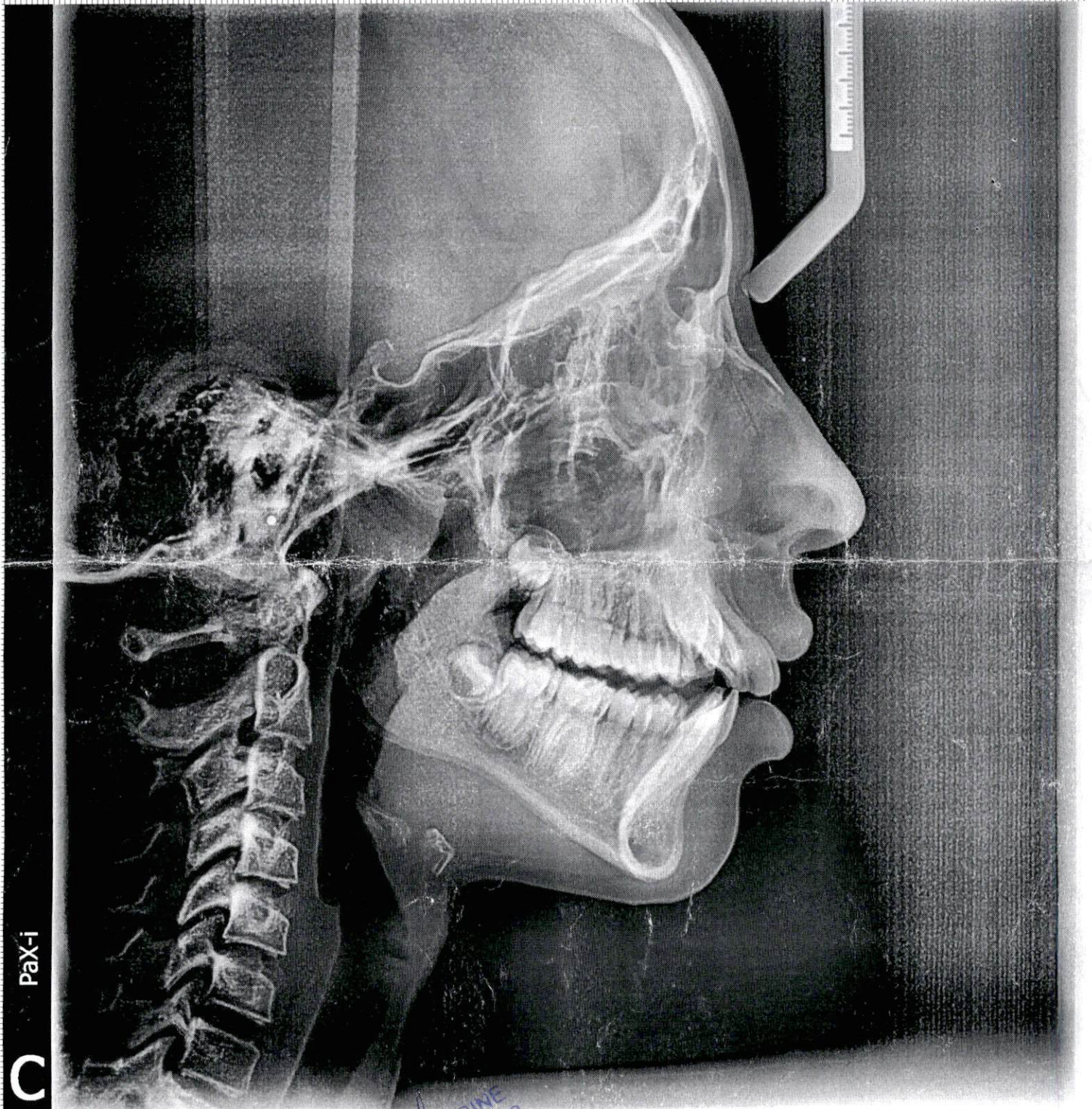
Mail. info@dentalclinic2mars.com

Web. www.dentalclinic2mars.com

Bilan OPF : * Radiographie de profil.

17 SEP 2019

Name : rita, menouny(Femme) Chart No : 20190601_114141
Date of Birth : 2007/12/10(YYYY/MM/DD)



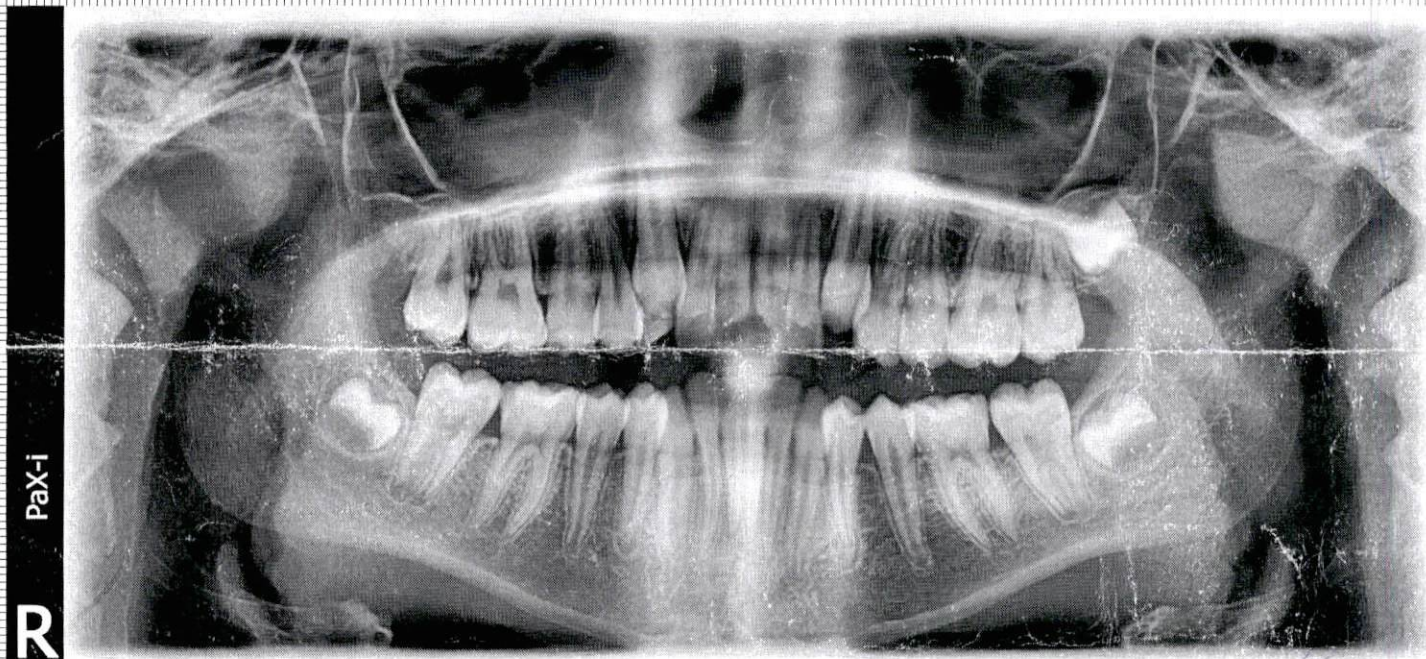
Date of Recording : 2019/06/01 AM 11:48:03
kVp : 80.0 mA : 10.0 DAP : 0.1802

Dr Zouhair ARIDINE
Orthodontiste Exclusive
105 Avenue des Mars 2ème
étage Agdal Casablanca
Tél : 0622 80 58 06

Bilan ODF

Radiographie panoramique

Name : rita, menouny(Femme) Chart No : 20190601_114141
Date of Birth : 2007/12/10(YYYY/MM/DD)



Date of Recording : 2019/06/01 AM 11:45:27
kVp : 67.0 mA : 8.0 DAP : 0.5403

Dr Zouhair ABIDINE
Orthodontie Exclusive
105 Avenue 2 Mars 2 ème
etage App 5 Casablanca
Tel 0522 80 58 06

17 SEP. 2019