

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- 0014587

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 388 Société : RMT
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MIFDAL ABDEL KADER Date de naissance : 01.01.1935
 Adresse : 2 Avenue An. Moudoune Hay Belair Casablanca
 Tél. : 0522360703 Total des frais engagés : 1000 Plus
 0662115965

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09 / 07 / 2019
 Nom et prénom du malade : MIFDAL ABDEL KADER Age : 2019
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Soins Dentaires
 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. J'ai pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : / /
 Signature de l'adhérent(e) :

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

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Médecin et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

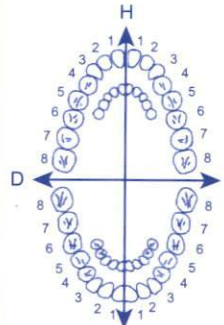
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	
	08/07/2019	Débridage du maxillaire inférieur	D 12	COEFFICIENT DES TRAVAUX D ₂₄
	11/07/2019	Débridage du maxillaire Supérieur	D 12	MONTANTS DES SOINS 400 00
				DEBUT D'EXECUTION 08/07/2019
				FIN D'EXECUTION 11/07/2019

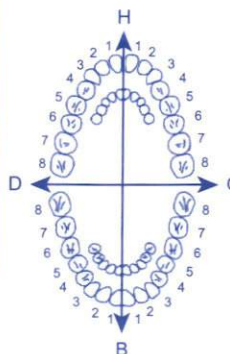
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Nora FAYD Cabinet dentaire

Docteur en médecine dentaire

Diplômée des facultés de Paris et de Dijon
orthodontie, parodontie, soins dentaires,
prothèse et blanchiment

نورة فايد

طبيبة جراحة الأسنان

خريجة كلية باريس و ديجون
علاج و تقويم و ترميم الأسنان، علاج أمراض
اللثة و تبييض الأسنان

11/07/2019

FACTURE DE SOINS
DE M. HIFDAL ABDELKADER

- Détartrage du maxillaire inférieur ✓
- Détartrage du maxillaire supérieur ✗

Total Honoraires : 400 eur

Dr. Nora FAYD
22, Bd Oued Baht 1^{er} Etage
El Oulfa - Casablanca
Tel. 05 22 93 07 61

24 SEP. 2019

Dr. Nora FAYD
D12

N°22, Boulevard Oued Baht 1^{er} étage Oulfa
Casablanca.

Tél.:

E-mail :

022.93.07.61 / 012.14.47.44

nora.fayd@yahoo.fr

الرقم 22، شارع وادي بهت الطابق الأول

الألفا الدار البيضاء.

الهاتف :

البريد الإلكتروني :