

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.

Biologie 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.

Educations :

- 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.

Prothèse :

- 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

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



6181 RB/D

Déclaration de Maladie : N° P19-0020242

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1987 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ZNIBEN Mohamed Date de naissance : 9-5-50
 Adresse : Bd de la Gd Ceinture Ros Elmenze H 3 Ain Zia
 Tél. : 0661340212 Total des frais engagés : 4000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08/08/2019
 Nom et prénom du malade : ZNIBEN Mohamed Age : 28 OCT 2013
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

29 AOÛT 2019

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

Acc (D 220)

max 220

45

45

52 AOÛT 2019

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412 00000000</td> <td style="padding: 5px;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">D G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000 35533411</td> <td style="padding: 5px;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td> </tr> </table>	H		25533412 00000000	21433552 00000000	D G		00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H											
	25533412 00000000	21433552 00000000										
	D G											
	00000000 35533411	00000000 11433553										
	B											
		MONTANTS DES SOINS 										

Dr. YACOUBI

Dr. YACOUBI

Dr. YACOUBI

Dr. YACOUBI

Dr. YACOUBI

Dr. YACOUBI

Dr. YACOUBI

Dr. YACOUBI

Dr. YACOUBI

Dr. YACOUBI

Dr. YACOUBI

Dr. YACOUBI

Dr. YACOUBI

Dr. YACOUBI

Dr. YACOUBI

Dr. YACOUBI

Dr. YACOUBI

Dr. YACOUBI

Dr. YACOUBI

Dr. YACOUBI

Dr. YACOUBI

Dr. YACOUBI

Dr. YACOUBI

Dr. YACOUBI

Dr. YACOUBI

Dr. YACOUBI

Dr. YACOUBI

Dr. YACOUBI

Dr. YACOUBI

Dr. YACOUBI

Dr. YACOUBI

Dr. YACOUBI

Dr. YACOUBI

Dr. YACOUBI

Dr. YACOUBI

Dr. YACOUBI

Dr. YACOUBI

Dr. YACOUBI

Dr. YACOUBI

Dr. YACOUBI

Dr. YACOUBI

Dr. YACOUBI

Dr. YACOUBI

Dr. YACOUBI

Dr. YACOUBI

Dr. YACOUBI

Dr. YACOUBI

Dr. YACOUBI

Docteur Driss El Yacoubi

Chirurgien Dentiste

Diplômé de l'U.E.R.
d'Odontologie de Toulouse

SUR RENDEZ-VOUS

الدركتور ادريس البعقوبي

طبيب جراحي للأسنان

خريج كلية الطب للأسنان بتولوز

بالميعاد

Casablanca, le 12/10/19 في الدار البيضاء،

FACTURE

Concernant M

Pour soins effectués du 11/10/19 au 12/10/19

Soins Dentaires :

Prothèses Dentaires :

Total

Acompte

Reste

A votre aimable règlement

14, شارع الزرقطوني - الدار البيضاء - الهاتف : 08 08 35 05 45 / 0522 27 01 53

14, Bd. Zerktouni - (1er étage) - Casablanca - Tél. : 0522 27 01 53 / 08 08 35 05 45 - ICE : 001681923000084

INP : 0094009297 - E-mail : drelyacoubi@hotmail.com