

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.

Éducation :

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 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

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° R19-0047672

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 12168 Société : Quinich SALIM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : Quinich SALIM

Date de naissance : 28 OCT 2019

Adresse : 2, Rue Hodhou, Bd Omar

Tél : 05 22 28 45 17 Total des frais engagés : 602 MAD Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Nadia EL YACOUBI

Date de consultation : 18/10/2019

Nom et prénom du malade : Quinich SALIM Age : 18

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. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 18/10/19

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° R19-0047672

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le. Matricule : 12168

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure. Nom de l'adhérent(e) : Quinich SALIM

Coupon à conserver par l'adhérent(e). Total des frais engagés : 602 MAD

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
	18/10/19	109,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

et signature du Maire 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

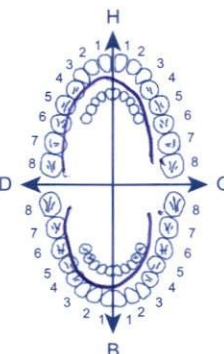
est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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
		Débitage Dent	
			COEFFICIENT DES TRAVAUX
			MONTANTS DES SOINS
			DEBUT D'EXECUTION
			FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table><tr><td colspan="2">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 colspan="2">B</td></tr></table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	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

Dr. Nadjia YACOUBI
Chirurgien Dentiste
2, Rue Foch - Bd. Omar
Alger - Algérie - 16000
Tél: 66 22 20 40

Cabinet Dentaire Spécialisé

Dr. EL YACOUBI Nadia

- Chirurgie
- Parodontie
- Implantologie
- Prothèse
- Pédiodontie
- Dentisterie esthétique



عيادة طب الأسنان متعددة الإختصاصات

د. اليعقوبي نادية

- جراحة الأسنان
- علاج أمراض اللثة
- زراعة الأسنان
- تعويض الأسنان
- طب أسنان الأطفال
- طب الأسنان التجميلي

LOT : 9MA087
PER : 04 2022

BIRODOGYL
CP PEL B15

P.P.V : 102DH00



6 118000 060567



sanofi-aventis Maroc
te de Rabat - R.P.1 - A.P.C.
20250 Casablanca

nnance

le. 18. 10. 19

Quounirich. Salin

109,00

1/ Birodogyd



1cp 2x1 jk ps 7 20

PHARMACIE ODYSSEE
Asma AMOR
15 bis, Rue Tanane, Ferme Bretonne
Beauséjour Casablanca
Tél / Fax : 0522 25 52 63

Dr. Nadia EL YACOUBI
Chirurgien Dentiste
2, Rue Hodhoud, Bd. Omar
Al Khayam, Res. du CAF, 2ème Etg
N° 4, Q. Ferme Bretonne
Tél : 05 22 28 60 17 - GSM : 0600 589 589

Spécialisé

DR. NADIA EL YACOUBI
CHIRURGIEN DENTISTE



عيادة طب الأسنان

متعددة الاختصاصات

د.نادية اليعقوبي

طبيبة جراحة للأسنان

علاج أمراض اللثة
زراعة الأسنان
طب أسنان الأطفال
طب الأسنان التجميلي
تبييض الأسنان

**Parodontie
Implantologie
Pédodontie
Dentisterie Esthétique
Blanchiment**

Note d'honoraires

№ _____

Nom : Mouminich Salim

[illegible]

La présente Note d'honoraires est arrêtée à la somme de ;

est affectée à la somme de

0522 28 60 17 - 0600 58 95 89 - 2 rue hodhoud Bd omar Al khayam, Res du CAF
2eme Etg, N4. Q Ferme Bretonne
CNSS : 4913548 - Taxe Professionnelle : 34800472 - IF : 18737127
ICE : 001561130000064 - INPE : 094.17.17.25