

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



D/RB 56973

Déclaration de Maladie : N° P19-0003771

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2924 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LAHYANE EL HADJ Date de naissance : 01/01/48

Adresse : Hay el Inana 2 Rue 8 N°9 Ain chok

Tél. : 06 720 70 65 49 Total des frais engagés : 350 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

D^r BOUTAYEB JAWAD
CHIRURGIEN DENTISTE
Hay My Abdellah Bd. TAZA
N° 101 Rue 80 Casablanca
Tél. 922 31 81 75

Date de consultation : 24 / 10 / 19

Nom et prénom du malade : M2 LAHYANE EL HADJ Age : 16

Lien de parenté : ☒ Lui-même

Nature de la maladie : sous dentaire

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'at médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : CASA

Le : 30 / 10 / 19

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

Chet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Chet et signature du atoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

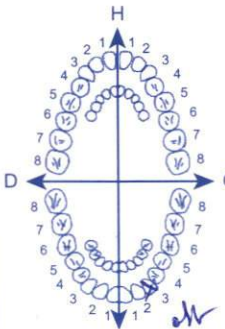
Chet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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
	3 3	obstruite	D15

COEFFICIENT DES TRAVAUX D15

MONTANTS DES SOINS 350000

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION 24/10/13

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div> <p>G</p> </div> </div>
	<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>

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

Dr. R. HAYE, D. BOUAD
CHIRURGIEN DENTISTE
Hay My Abdelan 30. TAZA
N° 101 Rue 85, Casablanca
Tél. 322.21.81.75

Docteur BOUTAYEB JAOUAD
Chirurgien Dentiste

N° 101, Rue 89, Boulevard Taza
Hay Mly Abdellah
Aïn Chock - Casablanca
Tél.: 0522 21 81 76



الدكتور بوطيب جواد

طبيب جراحي للأسنان

رقم 101 زنقة 89 ، شارع تازة
حي مولاي عبد الله ، عين الشق الدار البيضاء
الهاتف ، 05 22 21 81 76

Casablanca, le : 24/10/19

NOTE D'HONORAIRES

Le total des honoraires réglés de
M^{re} LAHACHEHADA s'élève à 350 m.
(trois cent cinquante m.).

Dr BOUTAYEB JAOUAD
CHIRURGIEN DENTISTE
Hay Mly Abdellah 30, TAZA
N° 101 Rue 89 Casablanca
Tél. 022.21.81.76