

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 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

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° W19-483000

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9322 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FAKHREDDINE RAHID

Date de naissance : 04.05.1972

Adresse : 80, Bd Sidi Abderrahmane Appt 52, Hay RAHA

Tél. : 0663400688 Total des frais engagés : 1800 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : FAKHREDDINE IDANE Age :

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

Nature de la maladie : Sinusite

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 : CASABLANCA le : 04.10.19

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Le : / /



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : <input type="text"/>

[illegible][illegible][illegible]

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'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <u>004018645</u>														
	23	ASVNE	2	COEFFICIENT DES TRAVAUX <u># D36</u>														
	~	culth	2															
	~	culth	2															
	12	culth	2	MONTANTS DES SOINS <u>#1800</u>														
	~	culth	2															
	~	culth	2															
	22	ASVNE	2	DEBUT D'EXECUTION <u>30/10/19</u>														
	~	culth	2															
	~	culth	2															
		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21432552</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	21432552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H																		
25533412		21432552																
00000000		00000000																
D		G																
00000000		00000000																
35533411		11433553																
B																		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		
DATE DU DEVIS																		
DATE DE L'EXECUTION																		
DATE DE L'EXECUTION																		
DATE DE L'EXECUTION																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

LE CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Aziz Mechaïa

Chirurgien Dentiste

Orthodontiste

الدكتور عزيز مشايخ

طبيب جراحي للأسنان

اختصاصي في تقويم اعوجاج الأسنان

Casablanca, le 04/11/19

ICE: 0016 00 86 20 00 93

INF: 31 80 00 52.

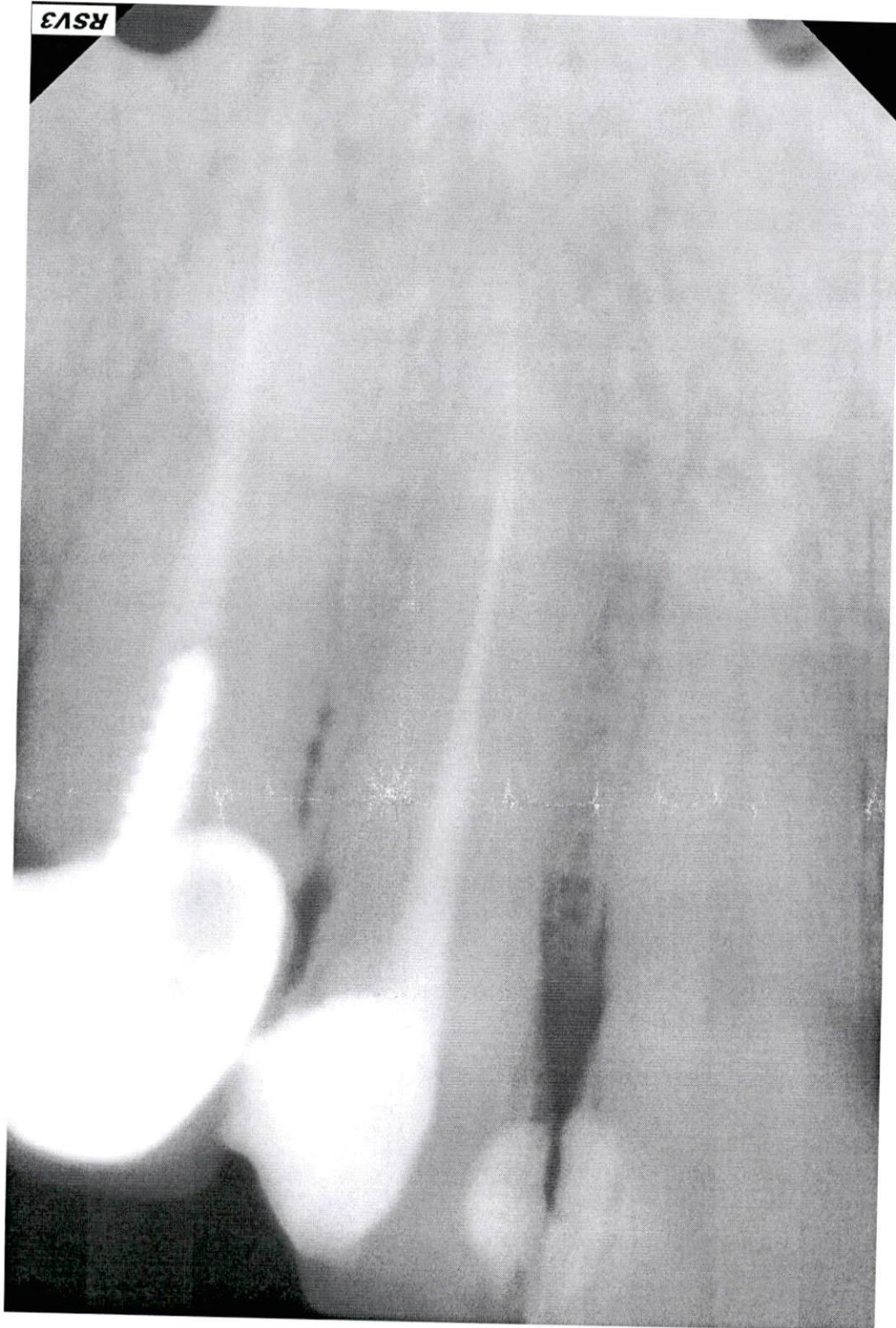
facture pour: FAKHNEDDINE IDRAVE

Sis Directeur: 1800 —

ajouter la présente facture à la note

Je,

Dr. AZIZ MECHAIA
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste - Implantologue
Casablanca
Tél: 05 22 60 80 77

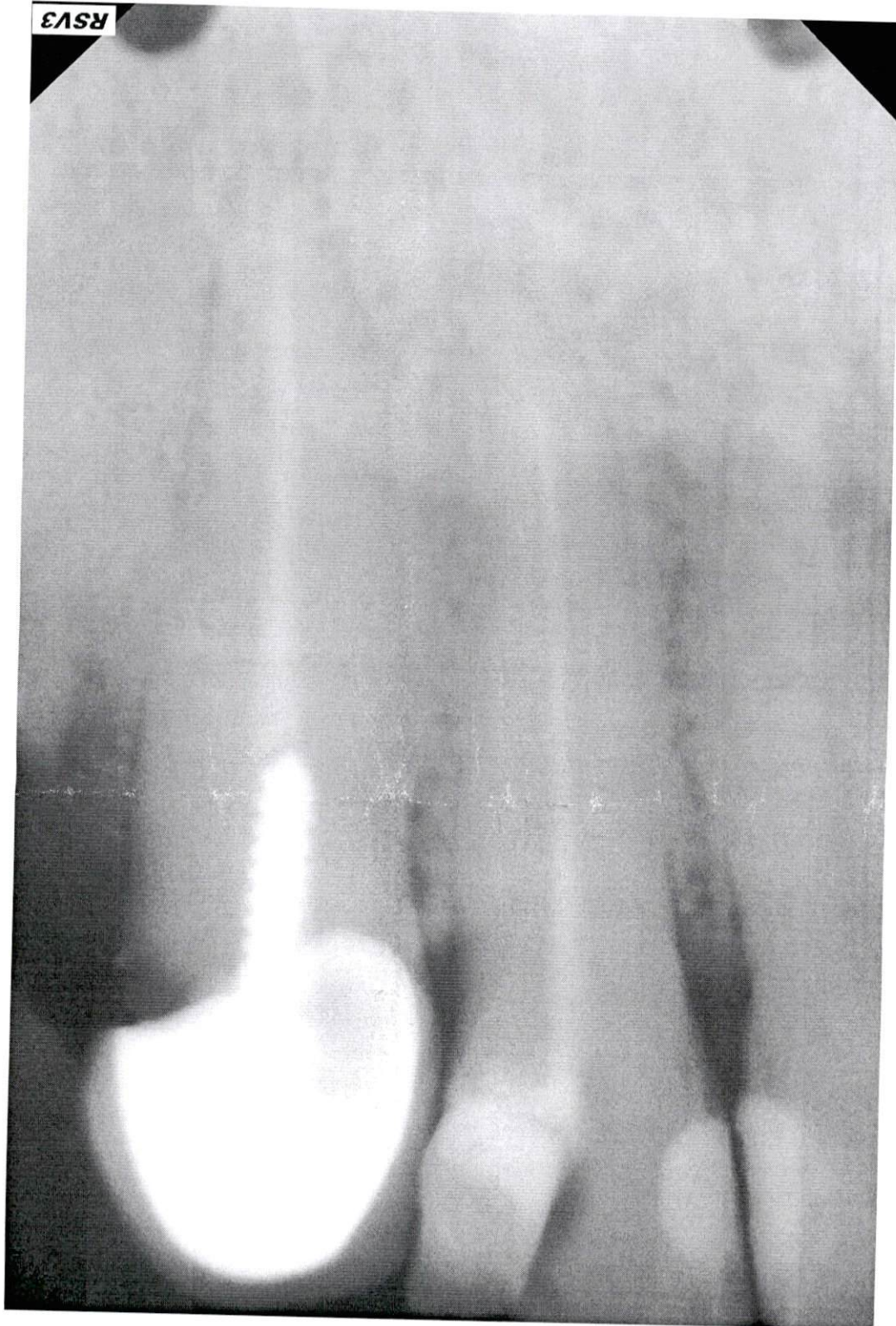


Date de prise du cliché : 30/10/2019

Dents : 12

Commentaires :

Dr. Aziz MECHAIA
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste - Implantologue
Casablanca
Tél: 05 22 60 80 77



Date de prise du cliché : 30/10/2019

Dents : 13-12

Commentaires :

Dr. AZIZ MECHAIA
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste - Implantologue
Casablanca
Tél: 05 22 60 80 77



Date de prise du cliché : 10/10/2019

Dents : 21-23

Commentaires :

Dr. AZIZ MECHAIA
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste - Implantologue
Casablanca
Tél: 05 22 60 80 77



Date de prise du cliché : 04/10/2019

Dents : 23

Commentaires :

Dr. Aziz MECHAIA
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste - Implantologue
Casablanca
Tél: 05 22 60 80 77



Date de prise du cliché : 04/11/2019

Dents : 11,22
Commentaires :

Dr. AZIZ MECHAIA
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste - Implantologue
Casablanca
Tél: 05 22 60 80 77