

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

- 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° W19-435797

DENT REM
DOS n° 8824

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

2349

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BOUCHAMA ABDELKALI

Date de naissance :

20. 6. 1951

Adresse :

11 Rue Abou Fauz Ben Hamdane .
Im Hamza 2 / 2 MARS CASA .

Tél. :

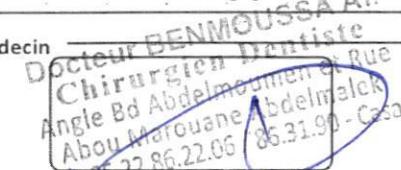
661453654

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

13.11.2019

Nom et prénom du malade :

BOUCHAMA ABDELKALI

Age :

50

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Problème gingival

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 :

CASA

Le : 13.11.2019

Signature de l'adhérent(e) :

Abdelkali

RELEVE 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"/>
.....	
.....	
.....	

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 094011467																
	-	-	<i>Dentaire D (Géométrique)</i>	COEFFICIENT DES TRAVAUX B4																
				MONTANTS DES SOINS 400 DH																
				DEBUT D'EXECUTION 13/11/19																
				FIN D'EXECUTION 15/11/19																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	B		D		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H		G																		
25533412	21433552	00000000	00000000																	
00000000	00000000	35533411	11433553																	
B		D																		
				MONTANTS DES SOINS																
				DATE DU DEVIS																
				DATE DE L'EXECUTION																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

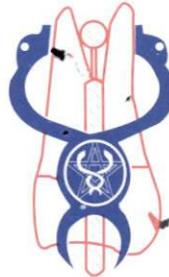
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ALI BENMOUSSA

Docteur en médecine dentaire

Spécialiste en orthodontie

Spécialiste en implantologie



علي بنموسى

دكتور في طب الأسنان

اختصاصي في زرع الأسنان

اختصاصي في تقويم اعوجاج الأسنان

خريج جامعة بوردو II

الدار البيضاء ، في

13/11/19

Docteur BENMOUSSA Ali

Chirurgien Dentiste

Monsieur BOUCHAMA ABDELLAH

Abou Marouane et Rue
Tél: 05 22 86 22 06 / 05 22 86 31 90

102.00

-BIRODOGYL

1CMP 3 FOIS/J 6 JOURS

62.50

-KIN BAIN DE BOUCHE

RINCAGE 3FOIS/JOUR PDT 6JRS

48.50

-PERIO-KIN

1 APP 4FOIS/JOUR 10JOURS

152.15.00



C.N.159087.9



IMPORTADO E
COMERCIALIZADO NO
BRASIL POR:
PHARMA
COSMÉT.
AV. ANGÉ
SÃO PAU
FONE: (11)
WWW.PH
AUT.FUNC
NÚMERO
25351.411538/2011-15

HONDURAS: C-0501
REP.DOMINICANA: P
IMPORTADO Y DISTR
POR: KODI
IRASCAL S
ADO PLAZ
UTAV
OY DISTR
JADOR
IARMA S
N° 987-73, BOGOTÁ -
NSOC75146

PPC

48.50

05.22

UTAV

19

LOT

PPC

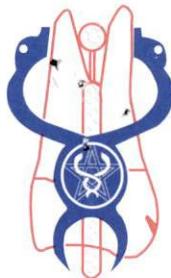
48.50

ALI BENMOUSSA

Docteur en médecine dentaire

Spécialiste en orthodontie

Spécialiste en implantologie



علي بنموسى

دكتور في طب الأسنان

اختصاصي في زرع الأسنان

اختصاصي في تقويم اعوجاج الأسنان

خريج جامعة بوردو II

الدار البيضاء ، في

Diplôme de l'université de Bordeaux II

Casablanca, le 15/11/2019

Facture

Mr. BOUCHAMA ABDELILAH

-Dentaire (2 décaries) D₂₄ → 400DH.

Abuete la présente facture à la somme de
quatre cent dh

Docteur BENMOUSSA Ali
Chirurgien Dentiste
Angle Bd Abdelmoumen et Rue
Abou Marouane Abdelmalek
+212 65 22 86 22 06 / 86 31 90 - Casa

زاوية شارع عبد المؤمن أبو مروان عبد المالك - الدار البيضاء

Angle Bd. Abdelmoumen et Rue Abou Marouane Abdelmalek - Quartier des Hôpitaux Résidence Hicham 1er Etage
Casablanca - Tél.: 0522 86 22 06 / 05 22 86 31 90
الهاتف: 0522 86 22 06 / 86 31 90

ICE : 001794342000095 - IF : 42040665 - CNSS : 2154574 - INPE : 094011467