

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

- 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



95721

Déclaration de Maladie : N° P19-0003155

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9940 Société : CHILG
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BELGADAR Ch. Date de naissance :
 Adresse :
 Tél. : 06 13 70 08 24 Total des frais engagés : 5.400

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur EL OMARI Abdelhafid
 Chirurgien Dentiste
 Spécialiste en Orthodontie
 Rue Gabes App 5 2ème Etage
 Royal Air Tél. 037 70 45 97

Date de consultation : 23 / 11 / 2019
 Nom et prénom du malade : eddeklaia mervat Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : Surdo
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 25 NOV. 2019
 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. Je
 avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature] Le : 19 / 11 / 2019

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

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet 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															
	9 1	Cerclé	DAO	COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	2 3	Cerclé	DAO															
	2 7	AB	DAO															
	2 8	Ext	DAO	MONTANTS DES SOINS														
	1 8	Ext	DAO															
	1 7	End	DAO															
	2 6	AB	DAO	DEBUT D'EXECUTION														
	2 2	AB	DAO															
	4 2	AB	DAO															
	4 6	AB	DAO	FIN D'EXECUTION														
	3 2	AB	DAO															
	2 2	Cerclé	DAO															
	1 3	Cerclé	DAO															
	1 4	AB	DAO															
	O.D.F. PROTHESES DENTAIRES				DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
				<table border="1"> <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	
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				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. EL OMARI Abdelhafid
Chirurgien Dentiste
Spécialiste en Orthodontie
Rue Gabès Ann 3ème Etage
Rabat - Tél. 037.70.45.45

Dr. EL OMARI Abdelhafid

Chirurgien Dentiste
Spécialiste en Orthodontie
Diplômé de l'Université libre
de Bruxelles (U.L.B.) et du Centre
International des Science et Cliniques
Orthodontique à Brest en France



الدكتور العمري عبدالحفيظ

طبيب جراحي للأسنان
أخصائي في تقويم الأسنان
خريج كلية الطب ببيروكسيل
والمركز الدولي في علوم تقويم الأسنان
برسط - فرنسا

Rabat le : 23.11.19 : الرباط في

FACTURE

eddekkaki mawna

*Reçu par do Shou, a n
Cing mille quatre cent de
pour son dent*

CE : 00 166 584
IF : 341 55 438

Docteur EL OMARI Abdelhafid
Chirurgien Dentiste
Spécialiste en Orthodontie
6, Rue Gabes App 5 2ème Etage
Rabat - Tél : 037.70.45.97

6 زقة قابس رقم 5 الطابق الثاني الرباط - الهاتف : 0537 70 45 97

6, Rue Gabess - Appt. 5 (2ème Etage) - Rabat - Tél : 0537 70 45 97

Patente : 25109690 - I.G.R : 34155438 - C.N.S.S : 2206515