

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.

Pathologie 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.

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

19571

Déclaration de Maladie : N° P19-0003146

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 9960

Société : CHILG

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BELGAZZAR Charif Date de naissance :

Adresse :

Tél. 06.13.70.08.24 Total des frais engagés : 600 Dhs Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur EL OMARI Abdellah
Chirurgien Dentiste
Spécialiste en Orthodontie
6 Rue Gabes App 5 2^e Etage
Rabat Tel. 037.70.45.57

Date de consultation : 01/11/2019

Nom et prénom du malade : Eddel KAKI Mawdor Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Sans de

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 : 21/11/2019

Signature de l'adhérent(e) :



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 | | | | | | | |
|--|--|------------------|-------------|---|---|----------------------------------|----------------------------------|---|---|----------------------------------|
| | 16 17 | AB AG | DA DA | COEFFICIENT DES TRAVAUX D20 | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS 60000 | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION 2.11.15 | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION 11.11.15 | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | |
| | <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | H | G | 25533412 00000000 35533411 | 21433552 00000000 11433553 | D | B | COEFFICIENT DES TRAVAUX _____ |
| H | G | | | | | | | | | |
| 25533412 00000000 35533411 | 21433552 00000000 11433553 | | | | | | | | | |
| D | B | | | | | | | | | |
| | | | | 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 <i>Dr. EL OMARI Abdellatif Chirurgien Dentiste Spécialiste en Orthodontie 5 Rue Gabels App 5² 45.370.70.45.9 Rabat - Tel. 037.70.45.9</i> | | | | | | |

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 عبد الحفيظ

طبيب جراحي للأسنان

أخصائي في تقويم الأسنان

خريج كلية الطب ببروكسيل

والمركز الدولي في علوم تقويم الأسنان

برسط - فرنسا

Rabat le :

5.11.19

الرباط في :

FACTURE

eddekk.15 Dantur

16 AB = 300,00
18 AB = 200,00
600,00

Six Ant D11

Dr. EL OMARI Abdelhafid
Chirurgien Dentiste
Spécialiste en Orthodontie
6, Rue Gabess App 5 2ème Etage
0537 70 45 97

ICE : 00 166 584
IF : 341 55 438

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

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

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