

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

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



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 Cherif Date de naissance :

Adresse :

Tél. 0613700824 Total des frais engagés : 600 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur EL OMARI Abdelhakim
Chirurgien Dentiste
Spécialiste en Orthodontie
Rue Gabes App 5 2ème Etage
Rabat Tél : 037 70 45 97

Date de consultation : 05/11/2019

Nom et prénom du malade : Eddekkaki Mansour Age :

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

Nature de la maladie : Sans douleur

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

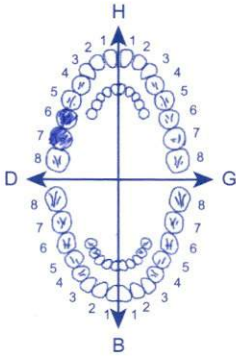
Signature de l'adhérent(e) :

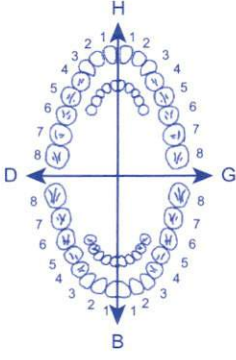
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 | | |
|--|-------------------|---------------------|-------------|---|--|
|  | 16 | AB | D2 | CCEFFICIENT DES TRAVAUX D20 | |
| | 17 | AB | DA | | MONTANTS DES SOINS 600 000 |
| | | | | | |
| | | | | | FIN D'EXECUTION 11/15 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU CœFFICIENT MASTICATOIRE | |
|--|--|---|
|  | H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B | CCEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | |
| | | |
| | | 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
 6 Rue Gabès App 5 2ème Etage
 Rabat - Tél.: 037 70 45 53

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

eddokki Nour

| | | |
|----|-----|----------|
| 16 | ATJ | = 300,00 |
| 18 | ATJ | = 300,00 |
| | | <hr/> |
| | | 600,00 |

Six car DR

Dr. EL OMARI Abdelhafid
Chirurgien Dentiste
Spécialiste en Orthodontie
App 5 2ème Etage
0537.70.45.97

ICE : 00 166 584
IF : 341 55 438

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