

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.

Diagnostique 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

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



Accordé
no 9684
Remy

Déclaration de Maladie : N° P19-0019031

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11660 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : HAMDANE Achraf Date de naissance : 17/07/1978
Adresse : 23, rue 3, Lt attadmane OULFA Casablanca
Tél. : 0661295276 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/09/2019
Nom et prénom du malade : HAMDANE ACHRAF Age : 41
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Delirant (convulsions) important de la 37
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.

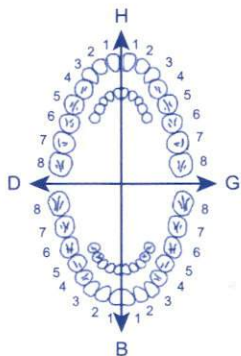
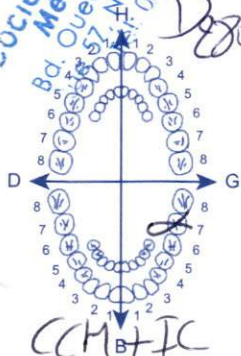
Fait à : Casablanca Le : 03/09/2019
Signature de l'adhérent(e) :

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | | |
|--|-------------------|---------------------|---------------------|------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------------------|-----|
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p align="center">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>H</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> <p>Couronne Ceram- Metallique + Inlay Cok sur l'2 3 + (C+M+Inlay) Ck</p> | H | G | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | B | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | | | | |
| | H | G | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | B | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PROTHESES DENTAIRES | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p align="center">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>H</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | H | G | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | B | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | COEFFICIENT DES TRAVAUX | 280 |
| H | G | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | B | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | MONTANTS DES SOINS | 3500dh | | | | | | | | | | | | |
| | | | DATE DU DEVIS | 03/09/2019 | | | | | | | | | | | | |
| | | | DATE DE L'EXECUTION | 28/11/2019 | | | | | | | | | | | | |

Docteur Idriss MABROUK

Médecin Dentiste

Lauréat de la Faculté de Médecine Dentaire de Casablanca

Ex-attaché au CHU IBN ROCHD Casablanca

C.E.S en Prothèse Fixée de l'Université d'Aix Marseille - France



الدكتور إدريس مبروك

طبيب جراح للأسنان

طبيب خريج كلية طب الأسنان - الدار البيضاء

ملحق سابق بالمستشفى الجامعي ابن رشد - الدار البيضاء

شهادة الدراسات العليا في التعويض الثابت جامعة مرسيليا - فرنسا

Casablanca, le 22/01/2019 في الدار البيضاء،

ORDONNANCE

INPE309417948

fracture

Nom complet: HAMDANE ACHRAF

CCM sur le 37 réalisée

et posée D280

au Montant de 35000

(Trois Mille Cinq Cent Dirhams)

(ordrht)

Centre dentaire Arriad

25, Bd OUED EDDAOURA, Casablanca

Docteur HASS MABROUK
Médecin Dentiste
Bd. Oued Eddaooura, Allée 2
N° 25, Casablanca
Tél: 0522 690 410

CCM sur
b37
Veslisee
D
280



Dr. T. ABROUK
Médecin Dentiste
Bd. Oued Eddaoura, Allé 2
Rue 57, N° 25 - Casablanca
Tél: 0522 690 410

Centre dentaire Arriad
25, Bd OUED EDDAOURA, Casablanca

Devis

37
↓

CH7

Inlay core
sur 37



06 OCT. 2019

Dr. T. ABROUK
Médecin Dentiste
Bd. Oued Eddaoura, Allé 2
Rue 57, N° 25 - Casablanca
Tél: 0522 690 410