

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.

Biologie 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.

Educational :

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.

Maladie :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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.



Déclaration de Maladie

N° P19-0027714

Dos n° 9979

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3538

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Ex Agent

Nom & Prénom :

CHOUKAI Nouria

Date de naissance :

25/07/1999

Adresse :

790 Avenue Jodibo Keika Polo
CASA

Tél : 0661 0589 82

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Alami M. Dioury Hanane
Chirurgien Dentiste
64 Rue Allal Ben Abdallah, 2° Etg
Casablanca
Tél: 05 22 47 18 69

Date de consultation :

28/10/19

Nom et prénom du malade :

CHOUKAI Nouria

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

soins dentaires

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 :

27/11/19

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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.

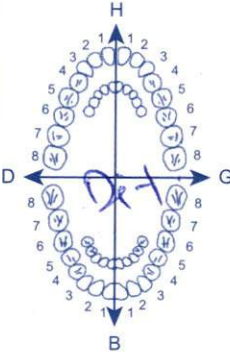
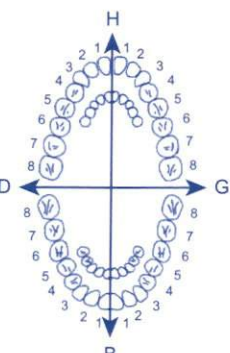
MUPRAS : Centre Allal Ben Abdallah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdallah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
	consultat		D ₄	CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div>D₂₈</div>														
	Détartrage		D ₂₄															
	soins			MONTANTS DES SOINS <div>750,</div>														
				DEBUT D'EXECUTION <div>20.11.15.</div>														
				FIN D'EXECUTION <div>26.11.15</div>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div></div>														
	<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																	
					DATE DU DEVIS <div></div>													
				DATE DE L'EXECUTION <div></div>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Alami M. Elouy Hajarane
 Chirurgien Dentiste
 64, Rue Khalil Ben Abdallah, 2° Etg
 Casablanca
 Tel: 08 22 47 18 69

RELEVÉ 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

[illegible][illegible][illegible]

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

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
	consultat		D _u	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
	Détartrage		D ₁₄	
	visite			MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CœFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 35533411</p> <p>B</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>21433552 00000000</p> <p>G</p> <p>00000000 11433553</p> <p>B</p> </div> </div>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX
	<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC
Dr Alami M. Houssein
Chirurgien Dentiste
64, Rue Khal Ben Abdallah, 2° Etg
Casablanca
Tel: 05 22 47 18 69

Dr ALAMI DIOURY Hanane

Chirurgien Dentiste

الدكتورة علمي ديوري حنان

طبيبة جراحة للأسنان

Casablanca, le

20.11.19

Dr KHOUKAÏRI NOURIA

- Onguent gel finger

55,10 Application locale 24/1 semaine

PHARMACIE
DU MARCHÉ CENTRAL
152, Bd Mohammed V
CASA - Tél: 05 22 22 19 48

PHARMACIE DU MARCHÉ CENTRAL
Sans vignette

Dr Alami M. Dioury Hanane

Chirurgien Dentiste

64, Rue Allal Ben Abdallah, 2^e Etg

Casablanca

Tél: 05 22 47 18 69

Pharmacie du Marché central
Sans prospectus

Indications :

- * Irritation de la muqueuse bucco-gingival.
- * Aggressions dues aux prothèses dentaires.
- * Eruption dentaire du nourrisson et du petit enfant.
- * Hygiène de la cavité buccale.

Mode d'emploi :

Appliquer une noisette de baume sur un doigt propre et masser les gencives, jusqu'à pénétration complète. Renouveler l'opération 4 à 5 fois par jour.

Composition :

- * Extrait purifié de Propolis 5%
- * Arôme naturel d'orange 1%
- * Excipients q.s.p 20 ml

Restriction d'utilisation :

Sujet allergique au miel et aux pollens.

OROPROPOLIS
GINGIVAL BALM
Babies - Children - Adults

Indications :

- Irritations of the bucco-gingival mucous membrane.
- Dental eruption of the nursing.
- Aggressions to the dental protheses.

Application :

With a clean finger, apply a small Oropropolis portion balm and massage the gums, until complete penetration. Repeat 4 or 5 times day.

Contraindication :

Persons allergic to honey and pollens.

OROPROPOLIS

BAUMIE
BUCCO-GINGIVAL
Nourrissons - Enfants - Adultes

Extrait Actif de Propolis

OROPROPOLIS
BAUME BUCCO-GINGIVAL

Nourrissons - Enfants - Adultes



Laboratoires PHARMASOFT
Tél : 05 35 60 33 88
Fax : 05 35 60 39 18
B.P. : 5751 - FEZ