

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.

Médecine 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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

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

Déclaration de Maladie : N° P19-0010131

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **7035** Société : **Retraite**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **oumhal hiba** Date de naissance : **27/01/1961**

Adresse : **BLOCS 01 N° 307 OCTATRA EL JEDIDA INREGAN**

Tél. : **06 66 71 69** Total des frais engagés : **700,00 Dhs**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Sanaa Mikou LEGLALECH
Chirurgien Dentiste
Résidence Kenza 1er Etage App N°1
Av. Hassan II, Dcheira El Ujhadia
Inezgane - Tel. 05 28 33 51 34

Date de consultation : **30/11/2019**

Nom et prénom du malade : **oumhal Hiba** Age : **12 ans**

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

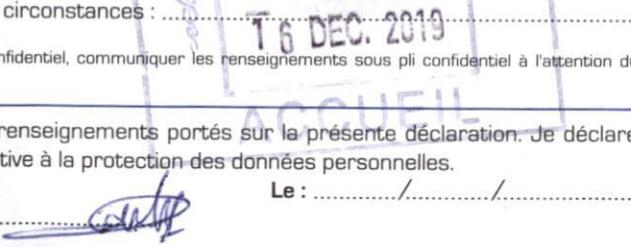
Nature de la maladie : **Soins dentaires**

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 : **EN 25/01/2019**

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : **16 DEC. 2019**

RELEVE 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
				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

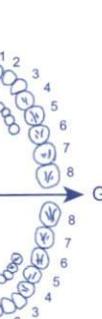
AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

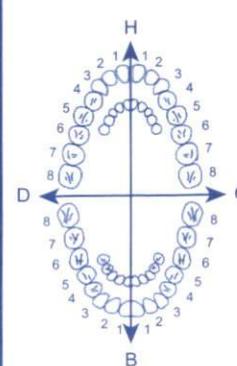
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
		Rapéométrique gel radio Consultation	7 60 40 C 5	COEFFICIENT DES TRAVAUX
		Dr. Sante Chirurgie Av. Habac Hassan mazgane		MONTANTS DES SOINS
		700,00		DEBUT D'EXECUTION
		30/11/		FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]
ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Sanaa Mikou Leqlalech

Chirurgien Dentiste
Diplômée de la Faculté
de Médecine Dentaire de Casa

Résidence Kenza - 1^{er} étage App N°1 - Av. Hassan II
Dcheira - El jihadia- Inezgane
Tél. Fax : 05 28 33 51 34



الدكتورة سنا ميكو لقلالش

طبيبة جراحية للأسنان
خريجة كلية طب الأسنان
بالدار البيضاء

ن.مكتبة الطالب الأول شقة رقم 1 شارع الحسن الثاني
الشيشة الجهادية - إنزكان
الهاتف : 05 28 33 51 34

Inezgane le 30/11/2019. إنزكان في.

NOTE D'HONORAIRE

Je soussigné(e) Dr, Sanaa Mikou Leqlalech

Certifie que *cum laetitia et iubilo*

A subi à ce jour des soins dentaires dont la note d'honoraire s'élève à :

700, 00 DH —

Cachet et signature de médecin

INP:044174878

ICE:001633988000058

IF:76142100



Création 30/11/2019

OUMLAL Hiba

Impression 07/12/2019

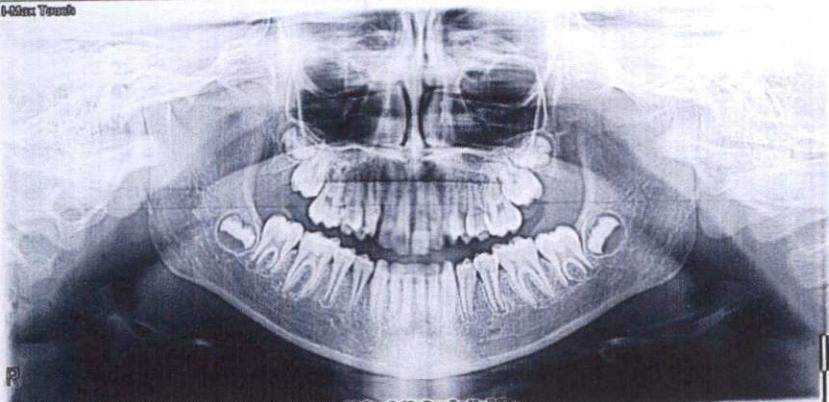
30/11/2019 -

Lin.

Panoramique Std - (70kV 06mA 14s)

Adult - Size:2 - Arch type:1

44200 Tunisie



30/11/2019 14:00 - PANORAMIC NORMAL - 70kV 6.0mA 14s - 0.01mAsympt (P: 34ms)

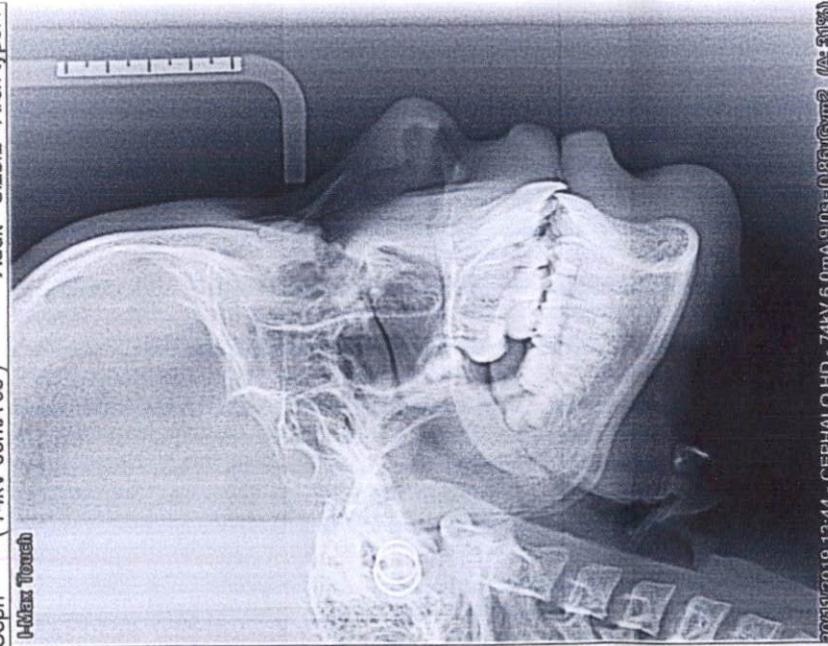


Dr Sana Mikou LEGLALLECH
Résidence Ksar El Chemiste
Av. Hassan II, Dziria El Ettabaâ
Tunis - 1er étage App N°1
Téléphone : 09 65 28 33 51 34

Création 30/11/2019 OUMLAL Hiba Impression 07/12/2019

30/11/2019 -
Ceph - (74kV 06mA 9s)

DENTAL Touch



30/11/2019 13:44 - CEPHALOHD - 74kV 6.0mA 9.0s 0.86uGym2 (A-31%)

Dr Sanaa Miknou LEQALECH
Chirurgien Dentiste
Résidence Kanza 1er Etage App N°1
Av Hassan II, Dcheira El Jihadia
Tanger - Tel: 05 28 33 51 34