

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 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.

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



M. 7035

DIR

12793

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 : *Oumal Hiba* Date de naissance : *27/01/1961*
 Adresse : *Bte 01 N° 307 DCHARRA EL JIHADIA INZEGAN*
 Tél. : *06667169* Total des frais engagés : *700,00* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Sanaa Mikou LEQLALECH
Chirurgien Dentiste
Résidence Kenza 1er Etage App N°1
Av. Hassan II, Dcherra EL Jihadia
Inezgane - Tél. 05 28 33 51 34

Date de consultation : *30/11/2019*
 Nom et prénom du malade : *Oumal Hiba* Age : *12 ans*
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : *Soins dentaire*
 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 : *INZEGAN* Le : *30/11/2019*
 Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

16 DEC. 2019

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
		R.A. Penoumque 7 ⁶⁰		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="700,0"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text" value="30/11"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
		2 ⁴⁰ radio														
		Consultation 5														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUT

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 سناء ميكو لقلالش

طبيبة جراحية للأسنان
خريجة كلية طب الأسنان
بالدار البيضاء

مكة كنزة الطابق الأول شقة رقم 1 شارع الحسن الثاني
الدشيرة 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 *oumhal Hiba*

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

OUMAL Hiba

Impression 07/12/2019

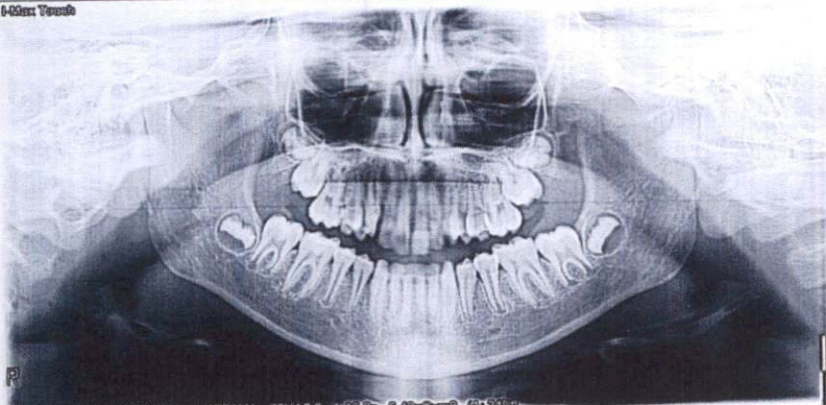
30/11/2019 -

Lin.

Panoramique Std - (70kV 06mA 14s)

Adult - Size:2 - Arch type:1

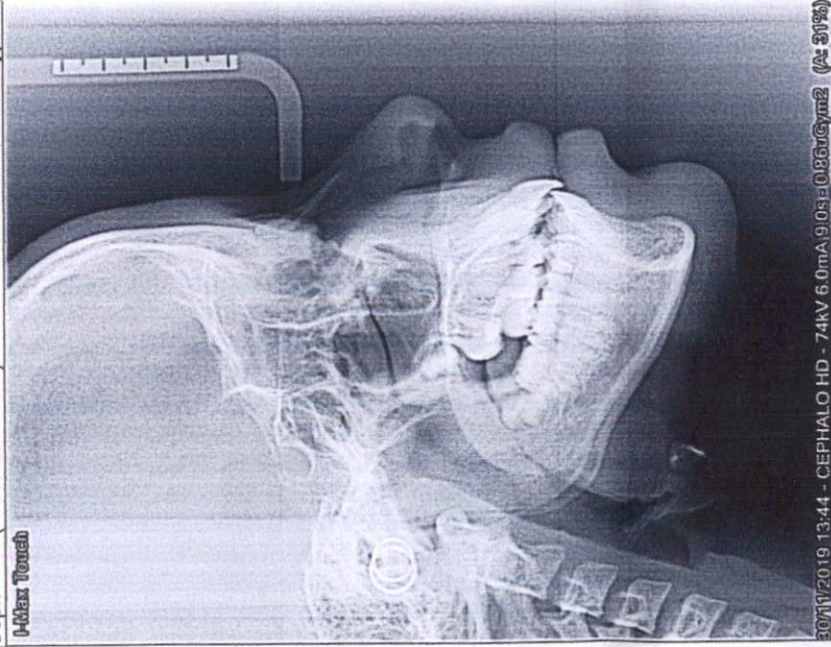
0000000000



STP 1010 TEL - PANORAMIC NORMAL - 70kV 06mA 14s - 2.00mm (A: 30.0)

Dr Sanaa Mikou LEQALECH
CHIRURGIE DENTISTE
Résidence Kenza 1er Etage App N°1
Av Hassan II, Douira EL Jihadia
Algérie - Tél: 05 28 33 51 34

Création 30/11/2019 OUM LAL Hiba Impression 07/12/2019
30/11/2019 - Lin.
Ceph - (74kV 06mA 9s) Adult - Size:2 - Arch type:1
Mikou Touch



30/11/2019 13:44 - CEPHALO HD - 74kV 6.0mA 9.0s 0.0860Gym2 (A=31%)

Dr Sanaa Mikou LEQLALECH
Chirurgien-Dentiste
Résidence Karnaïch - Etage App N°1
Av. Hassan II, Dcheira EL Jihadia
Inergane - Tél 05 28 33 51 34