

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

La 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 Alal Ben Abdellah, 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alal Ben Abdellah, quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 25 46 02 - Fax : 05 22 23 57 14



Déclaration de Maladie

N° W19-444179 ND: 13750
Acc

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01728 Société : _____

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : _____

Nom & Prénom : GHOUAMI Mohammed

Date de naissance : 01/01/1970

Adresse : RES NASSIM GHOR P07 APT IV MOHAMED MA

Tél : 06 78022 492 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. EL OTMANI Salah Eddine
Médecin Dentiste
159, Bd. Yacoub El Mansour Entrée 1
Etage 2 N°5 Casablanca
Tél : 05 22 25 46 02 - Fax : 05 22 23 57 14

Cachet du médecin : _____

Date de consultation : 27/09/2019

Nom et prénom du malade : GHOUAMI Mohammed

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

Nature de la maladie : Soins et Prothèse 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 : Casablanca Le : 30/09/2019

Signature de l'adhérent(e) : *als*



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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES RADIOGRAPHIQUES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
	4 8	Ext	D10	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text" value="D35"/>
	4 2	Ext	D10	
	4 1	Ext	D10	
	3 2	Ext	D10	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="1000,00"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D G</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text" value="755"/>
	[Création, remont, adjonction]	
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	
	03 r c m 13-14-15 (Aigle)	
	Stepile bas attachement	MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="14500,00"/>
	32 31 42 41 46 47	
	D215	
		DATE DU DEVIS <input type="text" value="27/9/19"/>
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text" value="17/12/19"/>

Dr. EL OTMANI Salah Eddine

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Médecin Dentiste

159, Bd. Yacoub El Mansour Entrée 1

Etage 2 N°5 Casablanca

Tél : 05 22 25 46 02 - Fax : 05 22 23 57 14

Dr. EL OTMANI Salah Eddine

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Médecin Dentiste

159, Bd. Yacoub El Mansour Entrée 1

Etage 2 N°5 Casablanca

Tél : 05 22 25 46 02 - Fax : 05 22 23 57 14

Dr. Salah Eddine EL OTMANI

MEDECIN DENTISTE

Expert Assermenté auprès les Tribunaux

الدكتور صلاح الدين العثماني

طبيب الأسنان

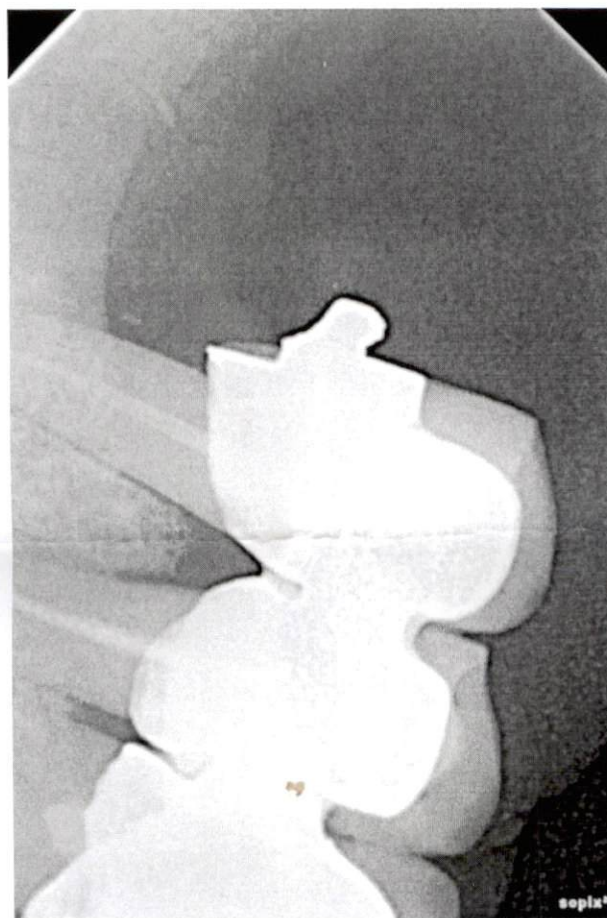
خبير محلف لدى المحاكم

Le 17/12/2018

N° GHoulANI - Nest

- Soins et prothèses dentaires.
- Ambours de harmonisation parçage.
- 15 500, e soins.
- (Quinze mille cinq cents
Dinars)

Dr. EL OTMANI Salah Eddine
Médecin Dentiste
159, Bd. Yacoub El Mansour Entrée 1
Etag 2 N°5 Casablanca
Tél : 05 22 25 46 02 - Fax : 05 22 23 57 14



Date du cliché : 17/12/2019

Localisation :

Commentaire :

ghoulami, mouhamed *01/01/50

01XP 23/09/19: Pan 18:14:19, Vue 2

Dr mozahir
CABINET DENTAIRE

