

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

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.

ntaire :

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 caractére 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

A
RID

Déclaration de Maladie : N° P19- 0020787

 Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00180 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : HADIAH BEN HASSO Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 066 716 92 61 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/11/2019

Nom et prénom du malade : HADIAH BEN HASSO Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : 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 mon honneur l'exhaustivité des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : ACCUEIL Le : 29 NOV. 2019

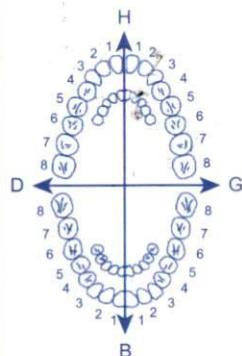
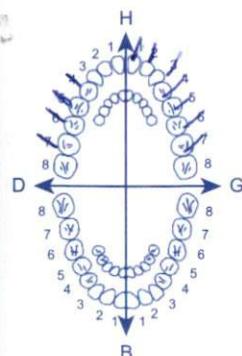
Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL

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'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | |
|---|----------------|---|-------------|---|----------|----------|----------|---|----------|----------|----------|---|----------|----------|----------|
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| ACC D 190 | | | | | | | | | | | | | | | |
| COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | | |
| MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | | |
| DEBUT D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | |
| FIN D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | |
| ODF PROTHESSES DENTAIRES | | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | |
|  | | <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> </tr> </table> | | H | 21433552 | 25533412 | 00000000 | D | 00000000 | 00000000 | 00000000 | B | 35533411 | 35533411 | 11433553 |
| H | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| D | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| B | 35533411 | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> <p style="text-align: center;"><i>Sauf sauf - 9 dents</i></p> | | | | | | | | | | | | | |
| | | <p style="text-align: center;"><i>16.15 16.17</i></p> <p style="text-align: center;"><i>21 22 23 24</i></p> <p style="text-align: center;"><i>26 27</i></p> | | | | | | | | | | | | | |
| | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | |
| | | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | |
| | | DATE DU DEVIS | | | | | | | | | | | | | |
| | | DATE DE L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | |
| | | 12 + 70 | | | | | | | | | | | | | |
| | | 4500,00 | | | | | | | | | | | | | |
| | | 25.11.2019 | | | | | | | | | | | | | |
| | | 26.12.2019 | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN AU MOMENT DE LA PRESENTATION DU DEVIS
Dr. H. BENHAYOUN
 Chirurgien Dentiste
 3, Bd. Med ABDOUN
 CASABLANCA

VISA ET CACHET DU PRATICIEN AU MOMENT DE L'EXECUTION
Dr. H. BENHAYOUN
 Chirurgien Dentiste
 3, Bd. Med ABDOUN
 CASABLANCA

Dr. Hicham BENHAYOUN

CHIRURGIEN DENTISTE

Diplômé de la faculté de Médecine de Bruxelles

Post graduate New York University

American Association of Endodontists member

Casablanca, le

26.12.2019

FACTURE

Reçu de M^{me} FIAZINE AHMED

La somme de 4500,00

Pour exécution des soins et /ou prothèse définis en annexe

Soup Sup - 9 Dent

14.15.16.17

21.22.23.24

26.27

Jr. H. BENHAYOUN
Chirurgien Dentiste
3, Bd. Med ABDOUH
CASABLANCA

ESTACION
MUNICIPAL

1990

1990

xidos

PLATADINE

le 23-10-19

22

xidos

M² HADINE

Le 23.10.19

22

Dr. Hicham BENHAYOUN

CHIRURGIEN DENTISTE

Diplômé de la faculté de Médecine de Bruxelles

Post graduate New York University

American Association of Endodontists member

Casablanca, le

10 juillet 2005

MUPRAS

Bonjour Madame, Monsieur

Concernant M. Ahmed HADINE (Mle 1200) après les extractions des dents antérieures 31 et 22 pour cause de parodontite aigue , il a été nécessaire de fabriquer de nouveaux appareils squelettés car les anciens ne remplissaient plus les fonctions évidentes de présentation et fonction.

Comptant sur votre bonne compréhension , veuillez recevoir mes meilleures salutations

Dr. H. BENHAYOUN
Chirurgien Dentiste
3, Bd. Med ABDOU
CASABLANCA

H. BENHAYOUN
Chirurgien Dentiste
3, Bd. Med ABDOU
CASABLANCA

12 BEG 2005

SEARCHED

30

625-11-19

MR HARDING



RE HADINE

625-11-19

40