

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Optique 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 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.

Déclaration de 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

Déclaration de Maladie : N° P19- 0003638

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02102

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LAHLOU Kassi Fouad

Date de naissance : 15/07/1952

Adresse : 19 rue Lahcen El Arjane - Casablanca

Tél. : 06 55 04 24 56

Total des frais engagés : 1000,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/12/2019

Nom et prénom du malade : HARRAJ Selma

Age : 59 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : maladie cardiaque au niveau de la 46

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : RAS

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 : 16/12/2019

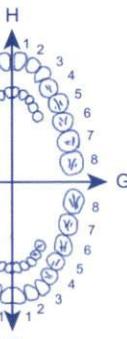
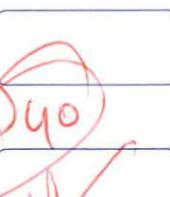
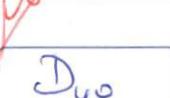
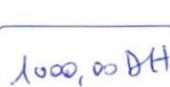
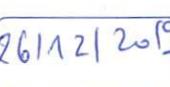
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
			COEFFICIENT DES TRAVAUX 
			MONTANTS DES SOINS 
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ----- G 00000000 00000000 35533411 11433553 B	DEBUT D'EXECUTION <i>Acu Dyo</i> FIN D'EXECUTION  COEFFICIENT DES TRAVAUX <i>D40</i> 
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession PAP Valplast remplaçant la 46.	MONTANTS DES SOINS <i>1000,00 DH</i> 
			DATE DU DEVIS <i>26/12/2019</i> 
			DATE DE L'EXECUTION <i>01/01/2020</i> 

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. ABIDINE ZOUHAIR

Spécialiste en Orthopédie Dento-Faciale
Orthodontie de l'adulte et de l'enfant
Master Européen Damon, Madrid
Master Européen en Orthodontie Invisible
Invisalign, Malaga
Membre du Collège Européen d'Orthodontie



Casablanca, le : 07/01/2020

NOTE D'HONORAIRES N°: 322F2019

Patient(e): KABBAJ seloua

ACTES	Dent(s)	Montant à payer
VALPLAST	46	1 000,00 DH
TOTAL		1 000,00 DH

Arrété le montant de la facture à la somme de

Mille

Signature du Praticien

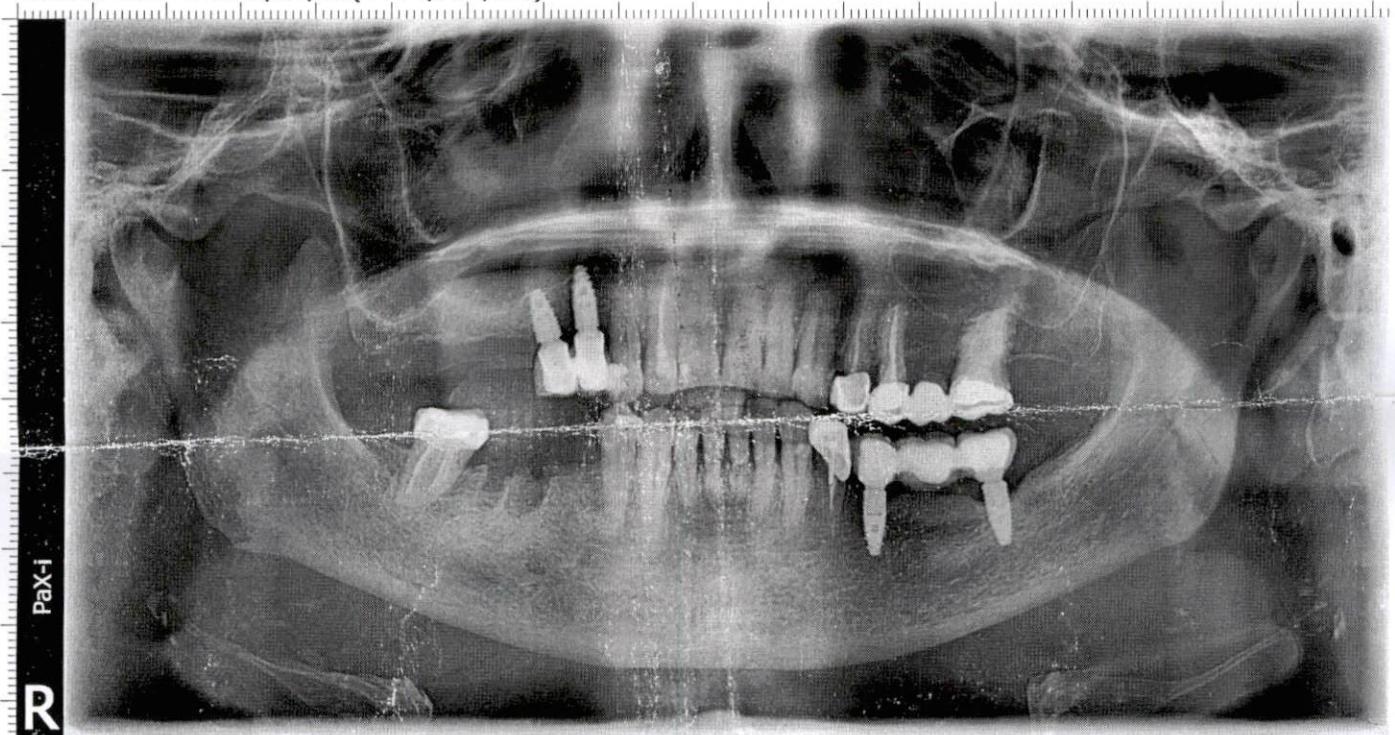
Dr. Zouhair ABIDINE
Chirurgien-Dentiste
105 Avenue 2 Mars 2 ème
étage App 5 Casablanca
Tél: 0522 80 58 06

www.dentalclinic2mars.com

IF: 96379920 - ICE: 002077369000026 - INPE: 094184025

105, Avenue 2 Mars, 2ème Etg, Appt 5, Casablanca ☎ 05 22 805 806 ✉ info@dentalclinic2mars.com

Name : seloua, kabbaj(Femme) Chart No : 20190111_173301
Date of Birth : 1960/04/28(YYYY/MM/DD)



Date of Recording : 2019/11/15 PM 01:30:31
kVp : 72.0 mA : 10.0 DAP : 1.1948

Le 07/11/2020 N.B: Valpart en place
remplaçant le 46
n'apparaît pas à la radiographie

Dr Zouhair ABIDINE
Chirurgien Dentiste
105 Avenue Hassan II 2 ème
étage Appartement 202 Casablanca
Tel: 0522 30 50 16