

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

Informations 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.

Biologie 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 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

Nº P19-0037355

Nº = 16757

RID

Maladie

Dentaire

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 03109 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : CHERQUAOUI Mohammed

Date de naissance : 01 - 01 - 1950

Adresse : 19, Rue ABOU CHAIB CHANCI CASABLANCA

Tél. : 0661307244 Total des frais engagés : 1600,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11 DEC 2019 E-mail : sefmoncef@gmail.com

Nom et prénom du malade : EC ALAGI RACHIDA Age : 1953

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 : EMASURANCA

Le : 11/12/2019

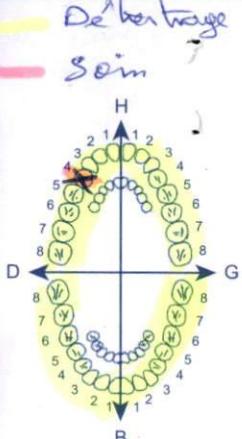
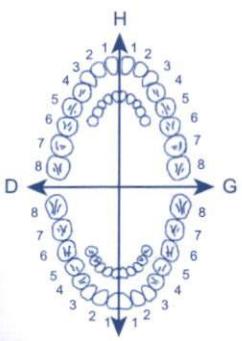
Signature de l'adhérent(e) :

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																								
		<i>Consultation</i> <i>09 DEC. 2013</i> <i>+ C</i>		COEFFICIENT DES TRAVAUX <i>C + 34</i>																							
		<i>Haut 8 1^{er} Séance</i> <i>Débroulage D</i> <i>+ An gloire</i>		MONTANTS DES SOINS <i>1600,00 DH</i>																							
		<i>11 DEC. 2013</i> <i>Bes 2^{eme} Séance</i> <i>Débroulage D</i> <i>+ An gloire</i>		DEBUT D'EXECUTION <i>09 DEC. 2019</i>																							
		<i>14 : Soins en remonté D</i> <i>An gloire</i>		FIN D'EXECUTION <i>11 DEC. 2019</i>																							
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																										
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">H</td> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">D</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">B</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">G</td> <td style="padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	11433553	G	35533411		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">H</td> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">D</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">B</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">G</td> <td style="padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	11433553	G	35533411		
H	25533412	21433552																									
D	00000000	00000000																									
B	00000000	11433553																									
G	35533411																										
H	25533412	21433552																									
D	00000000	00000000																									
B	00000000	11433553																									
G	35533411																										
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX 																							
				MONTANTS DES SOINS 																							
				DATE DU DEVIS 																							
				DATE DE L'EXECUTION 																							

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS


Dr. Moncef SEFFIANI
Chirurgien Dentiste - Implantologie - Parodontologie - Chirurgie Buccale
 Tel.: 0537 58 29 92 - Fax: 0537 77 21 58
 E-mail: seffianim@outlook.com



Dr. Moncef Sefiani
Chirurgien Dentiste

Spécialiste en Implantologie, Chirurgie Buccale, Parodontologie et Prothèse sur Implants
Diplômé de l'Université de Liège - Belgique

Rabat, le 11 DEC. 2019

Note d'honoraires

Je soussigné **Dr SEFIANI Moncef**, déclare avoir reçu de la part de **Mme EL ALAMI RACHIDA** la somme de **1.600,00 dhs (Mille Six cent dirhams)** en équivalent des traitements dentaires qui lui ont été réalisés.

Cette présente facture est délivrée à l'intéressée pour servir et valoir ce que de droit.

Signé : **Dr SEFIANI Moncef**

*Dr Moncef SEFIANI
Chirurgien Dentiste Spécialiste
Implantologie-Parodontologie-Chirurgie Buccale
46, Av. de France - Agdal - Rabat
Téléphone 68 29 92 Fax 0537 77 21 58
E-mail: sefmoncef@gmail.com*

I.F : 35363545/Patente : 25735999/CNSS : 6780789/INP : 104005467
ICE : 001891045000020