

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

ditions 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.

rmacie :

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.

entaire :

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

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



~~Placard~~
RIR

Casa-Agla

Déclaration de Maladie : N° P19- 0011995

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7013 Société : Ram / DoA

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUGARA SAID Date de naissance : 01/11/1964

Adresse : 60 ALBERTO KALVIAN 23 ANN LAYMOUNC

Tél. : 0661 093383 Total des frais engagés : 6000,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. FENASS REDOUANE
4, Res Hadikat Oum Rabii GH1
2ème Etg - Appt 2 BD Oum Rabii
CASABLANCA - Tél. 05 22 91 35 58

Date de consultation : 25/06/2019

Nom et prénom du malade : EL GUARDIA BOUCARA Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : DENTISTE PROTHES DENTURE

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 : Casa

Le : 25/6/2019

Signature de l'adhérent(e) :

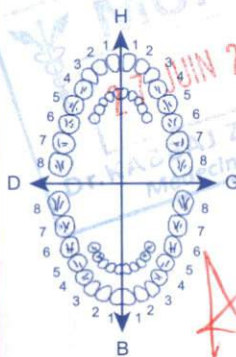
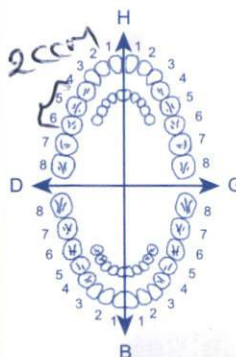
[Signature]

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												
															
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>Coefficient DES TRAVAUX</p> <input type="text"/> </div> <div> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <input type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>DEBUT D'EXECUTION</p> <input type="text"/> </div> <div> <p>FIN D'EXECUTION</p> <input type="text"/> </div> </div>															
<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p> 	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<p>Coefficient DES TRAVAUX</p> <input type="text"/>
25533412	21433552														
00000000	00000000														
D	G														
00000000	00000000														
35533411	11433553														
B															
		<p>MONTANTS DES SOINS</p> <input type="text"/>													
	<p>DATE DU DEVIS</p> <input type="text"/>														
	<p>DATE DE L'EXECUTION</p> <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Dr. FENASS REDOUANE
4, Res Hadikat Oum Rabii GH1
2ème Etg - App 23 BD Oum Rabii
CASABLANCA - Tél: 05 22 91 35 58

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. FENASS REDOUANE
4, Res Hadikat Oum Rabii GH1
2ème Etg - App 23 BD Oum Rabii
CASABLANCA - Tél: 05 22 91 35 58



FACTURE

Casablanca le: 09.12.2019 - الدار البيضاء:

Je soussigné (e) avoir reçu le patient (e) :

M^{re} EL OUARDIA BOUCHRA

A qui on a réalisé :

Prothèse Fixe 2 couronne céramo métallique
Remplacement Pu 15 et Pu 16

D'un montant de : 6000,00 dhs

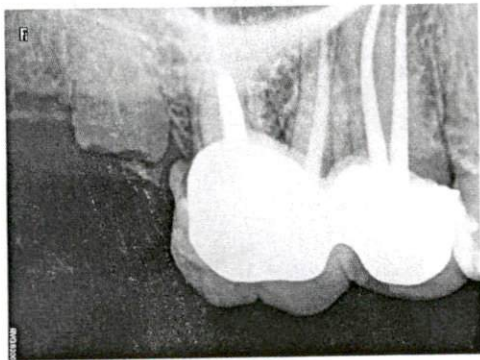
Dr. FENNASS REDOUANE
4, Rés Hadikat Oum Rabii GH1
2ème Etg - Appt 23 BD Oum Rabii
CASABLANCA - Tél: 05 22 91 35 58

BOUCHRA EL OUARDIA

Image Date : 12/09/2019 (MM/DD/YYYY)

Tooth Numbers : 15 16

Dr. TENNASS REDOUANE
4, Rue Hadikat EL ANNE CH1
Jenne Ezz Chiffre Rouge 35 58
CLASAPRIMA EDIOMR Rouge
BLANCA - Tél: 05 22 91 35 58



0KV 0mA 0ms Image Enhancement : B0 C0
Dental Imaging Software Viewer V6, 14, 6, 3

BOUCHRA EL OUARDIA

Image Date : 03/26/2019 (MM/DD/YYYY)

Tooth Numbers : 15

0000 0000

F



0KV 0mA 0ms Image Enhancement : B0 C0
Dental Imaging Software Viewer V6, 14, 6, 3