

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.

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 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 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

~~PLACED~~

casa-Anfa X

RR

Déclaration de Maladie : N° P19- 0011995

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7013

Société : RAM / D.A.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : POLICAR SAID Date de naissance : 17/11/1964

Adresse : lot AL BORTA KAL YUAN N°27 Hay Layouni

Tél. : 0661 08 383 Total des frais engagés : 6000,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. FENNASS REDOUANE
4, Res Hadikat Oum Rabii GH1
2ème Etg - Appt 21 BD Oum Rabii
CASABLANCA - Tel: 05 22 91 35 58

Date de consultation : 25/06/2019

Nom et prénom du malade : EL QUARDI A BOUCHERA Age:

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : DEVISSAGE SUR PLATINE Dentière

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 22 JUIN 2020

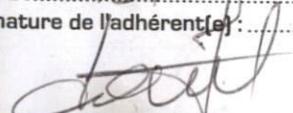
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 25/06/2019

Signature de l'adhérent(e):

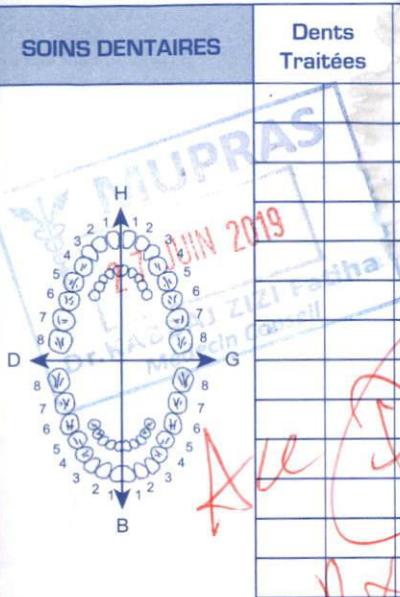
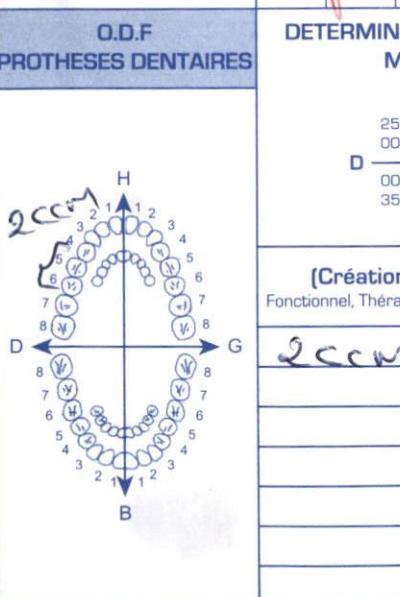
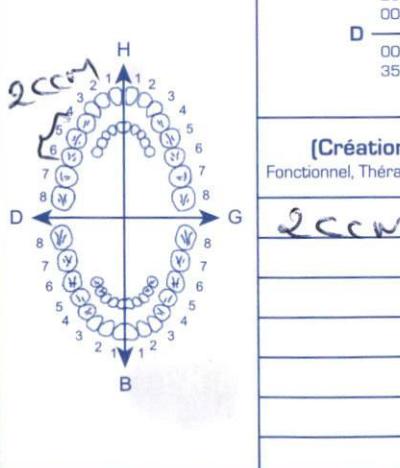


RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient							
 36 Not afs				COEFFICIENT DES TRAVAUX 						
 2CCM 15-16				MONTANTS DES SOINS 						
				DEBUT D'EXECUTION 						
				FIN D'EXECUTION 						
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE								
 2CCM 15-16		H <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> </table>	25533412	21433552	00000000	00000000	35533411	11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX Q 80x2.
25533412	21433552									
00000000	00000000									
35533411	11433553									
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS 6000DH.						
				DATE DU DEVIS 25.06.19.						
				DATE DE L'EXECUTION 09.12.2019.						

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
DR. FENNASS REDOUANE
 4, Res Hadikat Oum Rabii GH1
 2ème Etg - Apt 23 BD Oum Rabii
 CASABLANCA - Tél: 05 22 91 35 58

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION
DR. FENNASS REDOUANE
 4, Res Hadikat Oum Rabii GH1
 2ème Etg - Apt 23 BD Oum Rabii
 CASABLANCA - Tél: 05 22 91 35 58

Décteur Redouane FENNASS
CHIRURGIEN DENTISTE

Diplomé de la faculté de médecine dentaire
de Casablanca



مركز طب الأسنان أم الريبي
CENTRE DENTAIRE OUM RABII

FACTURE

Casablanca le: ٥٩.١٢.٢٠١٩ الدار البيضاء:

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

M^e EL OUMARIA Bouchra

A qui on a réalisé :

Pratise fine 2 couronne ceramo métallique
Renforcement puis étanchéité

D'un montant de : ٦٠٠٠,٠٠ dhs

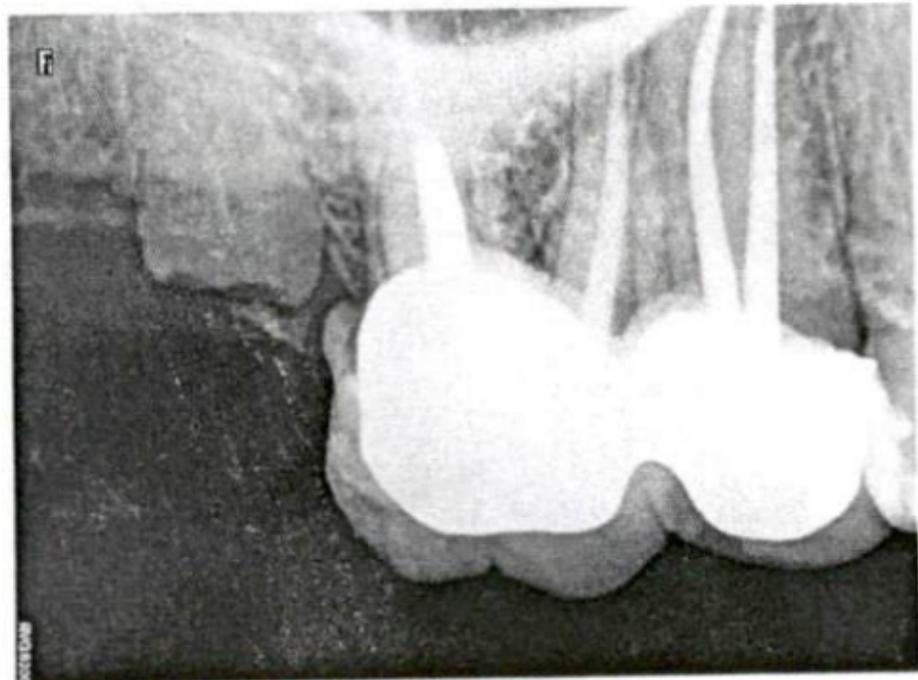
Dr. FENNASS REDOUANE
4, Res Hadikat Oum Rabii GH1
2ème Etg - Appt 23 BD Oum Rabii
CASABLANCA - Tél: 05 22 91 35 55

BOUCHRA EL OUARDIA

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

Tooth Numbers : 15 16

DR. FENNASS REDOUANE
4, Rue Hadjat DAHANE
GARDE
Téle: 05 22 91 35 68



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

RVQ 6000

F



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