

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

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.

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.

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- 0043230

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 773 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : AREM MOHAMED
Date de naissance : 01/07/1947
Adresse :
Tél. : Total des frais engagés : 600 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Dr E L BAH Anna
Médecin Dentaire
191 Bd Dakhla C D
Tél : 0522 57 10 25 Casa
Date de consultation : 09 JAN 2020
Nom et prénom du malade : L. Aram Mohamed Age:
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : des soins 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 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 :
Signature de l'adhérent(e) :
Le : 22/01/2020



RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient

Lseancus

de dentortage
17 ex 24
27 ex 24

Dr EL BAHI Anna

Médecin Dentaire

Coefficient Bd Dakhla C D
DES TRAVAUX 75 10 25 Casa

Dr EL BAHI Anna

Médecin Dentaire

MONTANTS
DES SOINS 91 Bd Dakhla C D

DEBUT

D'EXECUTION

09 JAN 2020

Dr EL BAHI Anna

FIN Médecin Dentaire

D'EXECUTION 91 Bd Dakhla C D
Tél : 0522 57 10 25 Casa

O.D.F

PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr EL BAHI Anna

191 Bd Dakhla C D

Tél : 0522 57 10 25 Casa

NOTE D'HONORAIRES

Nom et prénom du médecin dentiste : **El Bahi Anna**

N° de L'INPE : **094176997**

N° de L'ICE : **001980141000071**

N° de L'IF : **18813617**

A Z E M M O H A M E D

Date **20-01-20**

أسنان معالجة Dents traitées	رمز العمليات Valeur Clé	تاريخ العمليات Dates des actes	معامل العمليات Lettre Clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant Facturé	توقيع و طابع طبيب الأسنان Signature et Cachet du Médecin Dentiste
2 se am cap de denture		09-01-20	D24		300 DH	Dr EL BAH I Anna Médecin Dentaire 191 Bd Dakhla C D Tél : 0522 57 10 25 Casa
17			D10		150 DH	Dr EL BAH I Anna Médecin Dentaire 191 Bd Dakhla C D Tél : 0522 57 10 25 Casa
27			D10		150 DH	Dr EL BAH I Anna Médecin Dentaire 191 Bd Dakhla C D Tél : 0522 57 10 25 Casa

Montant global : **600 DH**

Mode de paiement



Espèces



Chèque

Signature et cachet

Dr EL BAH I Anna

Médecin Dentaire

191 Bd Dakhla C D

Tél : 0522 57 10 25 Casa

Adresse : **191. Bd Dakhla Jamila 3**

Cité Djemaa

Téléphone : **05 22 57 10 25** Fax :

E-mail : **anna el bahi@mail.ru**