

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

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.

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

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° P19-0001844

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7014 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : HALIMI NOURREDINE Date de naissance : 6.4.63

Adresse : Bouskoura 809 city villa 256 Casablanca

Tél. : 0663717000 Total des frais engagés : 235 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05.10.2010

Nom et prénom du malade : M. HALIMI NOURREDINE Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : CONSULTATION DENTAIRE

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : **INJURIES**

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 : C.R.A. Date : 08 NOV 2010

Signature de l'adhérent(e) : Accu. 

6 118000 060857
 SURGAM 200MG
 CP SEC B20
 P.P.U. : 550H40
 LOT : 9MA71
 PER : 05/2022

55,40

sanofi-aventis Maroc
 Route de Rabat - R.P.1 - Ain Sébaâ
 20250 Casablanca

79,90
 PPV: 79DH90
 PER: 04/21
 LOT: I920



EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien
 ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

05/05/19

135,30

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du
 Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des
 Coefficients

Montant
 des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date des
 Soins

Nombre

Montant détaillé
 des Honoraires

AM

PC

IM

IV

6 18000 040934
 BISPIRASOLE
 15 Comprimés Sécables
 250 mg
 Cetimide 250 mg
 Sels de calcium et de magnésium



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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
 <i>Consultation D</i>																
CÉEFFICIENT DES TRAVAUX																
 <i>D</i>																
MONTANTS DES SOINS																
 <i>100</i>																
DEBUT D'EXECUTION																
 <i>Dr Abassi Chraibi Chaki</i> <i>CHIRURGIEN DENTISTE</i> <i>1 Rue Mly Youssef - Casablanca</i> <i>Tel. 0522 49 26 11</i>																
FIN D'EXECUTION																
 <i>05/05</i>																
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CÉEFFICIENT MASTICATOIRE															
<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B		35533411	11433553	G	00000000	00000000
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B		35533411	11433553													
G	00000000	00000000														
CÉEFFICIENT DES TRAVAUX																
 <i>H</i>																
 <i>D</i>																
 <i>B</i>																
 <i>G</i>																
[Création, remont, adjonction] <i>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</i>																
MONTANTS DES SOINS																
 <i>100</i>																
DATE DU DEVIS																
 <i>05/05</i>																
DATE DE L'EXECUTION																
 <i>05/05</i>																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																
 <i>Dr Abassi Chraibi Chaki</i> <i>CHIRURGIEN DENTISTE</i> <i>1 Rue Mly Youssef - Casablanca</i> <i>Tel. 0522 49 26 11</i>																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																

Dr. ABASSI CHRAÏBI CHAKIB

Docteur en Chirurgie dentaire

Soins - Prothèses - Implants



د. العياشي الشرايري شكيب

طب حراحي للأسنان

علاج - تركيب - زرع الأسنان

الدار البيضاء، في ٢٥١٩، ١٥٠٥٠١٧
Casablanca, le : ٢٥١٩، ١٥٠٥٠١٧

Mathematical Methods

$$\begin{array}{r}
 \text{B1 SPLASH 200} \\
 \hline
 75,80 \xrightarrow{1} 48 \times 2 \xrightarrow{1} 8 \xrightarrow{1} 8 \xrightarrow{1} 8 \\
 \\
 \text{B2 RFGAM 200} \\
 \hline
 55,00 \xrightarrow{1} 48 \times 2 \xrightarrow{1} 8 \xrightarrow{1} 3 \xrightarrow{1} 8
 \end{array}$$

Dr Abassi Chraibi Chakib
CHIRURGEN DENTISTE
1. Rue Al Noumab
Youssef - Casablanca
522 49 26 11

7، زنقة المتنبي (روزبي سابقا) الطابق 1 رقم 2-العبور عبر شارع مولاي يوسف-الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 49 26 11

7, Rue Al Moutanabi - (Ex Rosier) - 1er Etage App N° 2, Bd. My Youssef - Casablanca

tél.: 05 22 49 26 11 - E-Mail : achraibichakib@hotmail.com / INP : 094008331

IF : 40409052 - ICE : 002068049000048 - N° d'ordre : 1382