

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.

Radiologie 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.

Prothèse 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° M21- 1054593

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9112 Société : Royal Air Maroc
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Benbrik Laila
Date de naissance : 18/08/59
Adresse : 135 Bd Oued Sahou Res Charrak, Aulfa Wiam
Tél. : 06 10859294 Total des frais engagés : 1500,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22/09/2021
Nom et prénom du malade : El Adlouni Hajar Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Sci 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 : Casablanca Le : 22/09/21
Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-054593

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 9112
Nom de l'adhérent(e) : Benbrik Laila
Total des frais engagés : 1500,00
Date de dépôt : 22/09/21

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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	
	24	Traitement canal	20	COEFFICIENT DES TRAVAUX 20
				MONTANTS DES SOINS 1500,00
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION 22/09/21
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 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. HAMID
 Clinique
 16, Avenue
 Gsm : 06 65 50 11 00
 Tél : 05 22 360 890 / 05 22 360 897

Clinique Dentaire Casablanca

Pr **Ali ELHAMID**

16, Bd Abdelkrim Al Khattabi,

Val d'Anfa, Casablanca.

Tél : 0522360890/0669901664

Casablanca le 22/09/2021

Compte rendu

Mme EL ADLOUNI Hajar présente sur la dent 24 :

- Une couronne avec un sur-contour et une inflammation gingivale
- Une réaction apicale

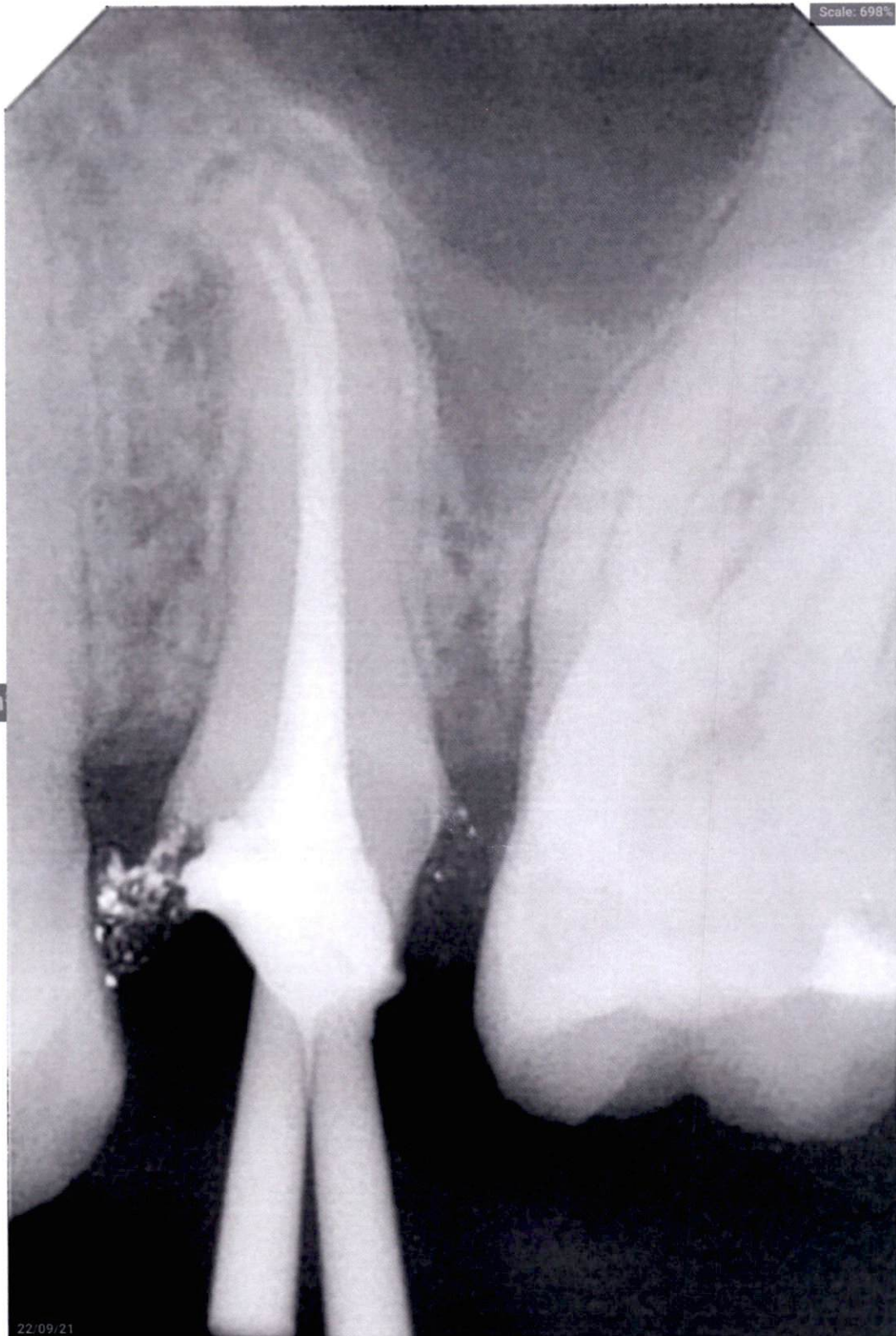
La patiente nécessite un démontage de la couronne initiale, une reprise de son traitement canalaire ainsi que la confection d'une nouvelle couronne de la 24.

Signé :

Dr. Ali EL HAMID
Médecin Dentiste Pr
Clinique Dentaire Casablanca
16, Abdelkrim El Khattabi
Gsm : 06 69 90 16 54
Tél : 05 22 360 890 / 05 22 360 897



ELADLOUNI Hajar
ID 25353
DOB 03/07/98



Clinique Dentaire Casablanca
Pr. Ali EL HAMID
16, Bd Abdelkrim Al Khattabi,
Val d'Anfa, Casablanca.
Tél : 0522360807/0522399890

Casablanca, le 22/09/2021

Facture n°1050/2021

FACTURE

Reçu la somme de 1500 dhs (dix-huit milles dirhams) honoraires des
soins dentaires effectuées à Mme EL ADLOUNI Hajar.

Signé :

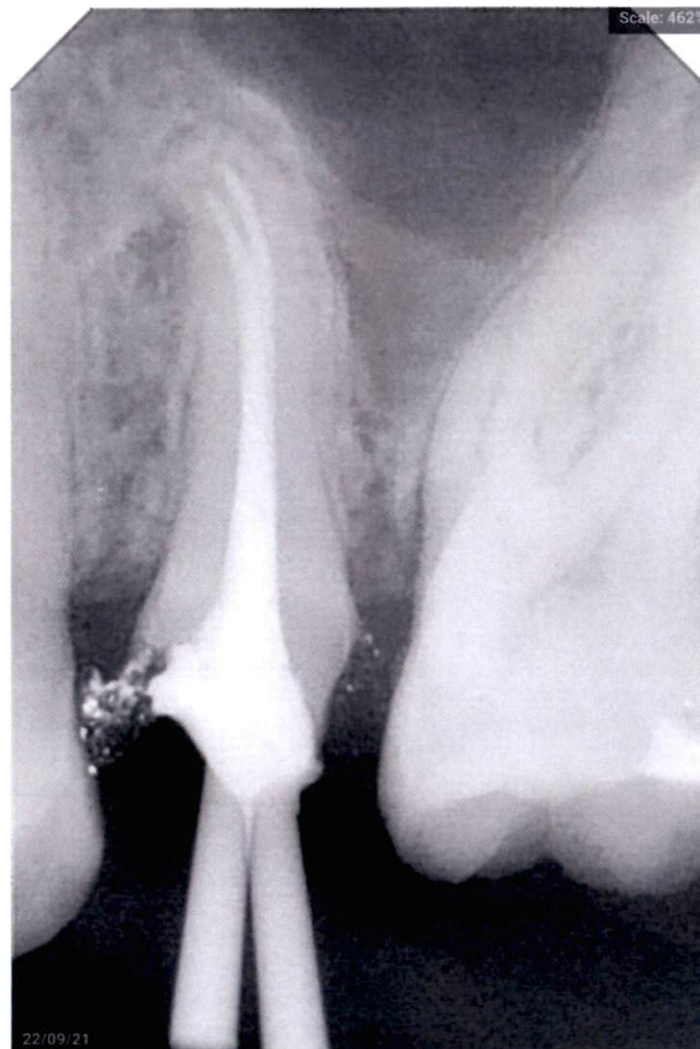
Dr. Ali EL HAMID
Médecin Dentiste
Clinique Dentaire
16, Abdelkrim
Gsm : 06 65 5 12 64
Tél : 05 22 360 890 / 05 22 360 897

Patente : 35615004 - Cnss : 7180508 - IF : 40800392 - ICE : 001681056000019 - INP :
B632452

ELADLOUNI Hajar
ID 25353
DOB 03/07/98



Scale:



Dr. EL HAMID
Chirurgien Dentiste
15, Avenue de la République
GSM : 06 03 59 15 64
Tel : 05 22 300 330 / 05 22 300 802

0,0mGy×cm²