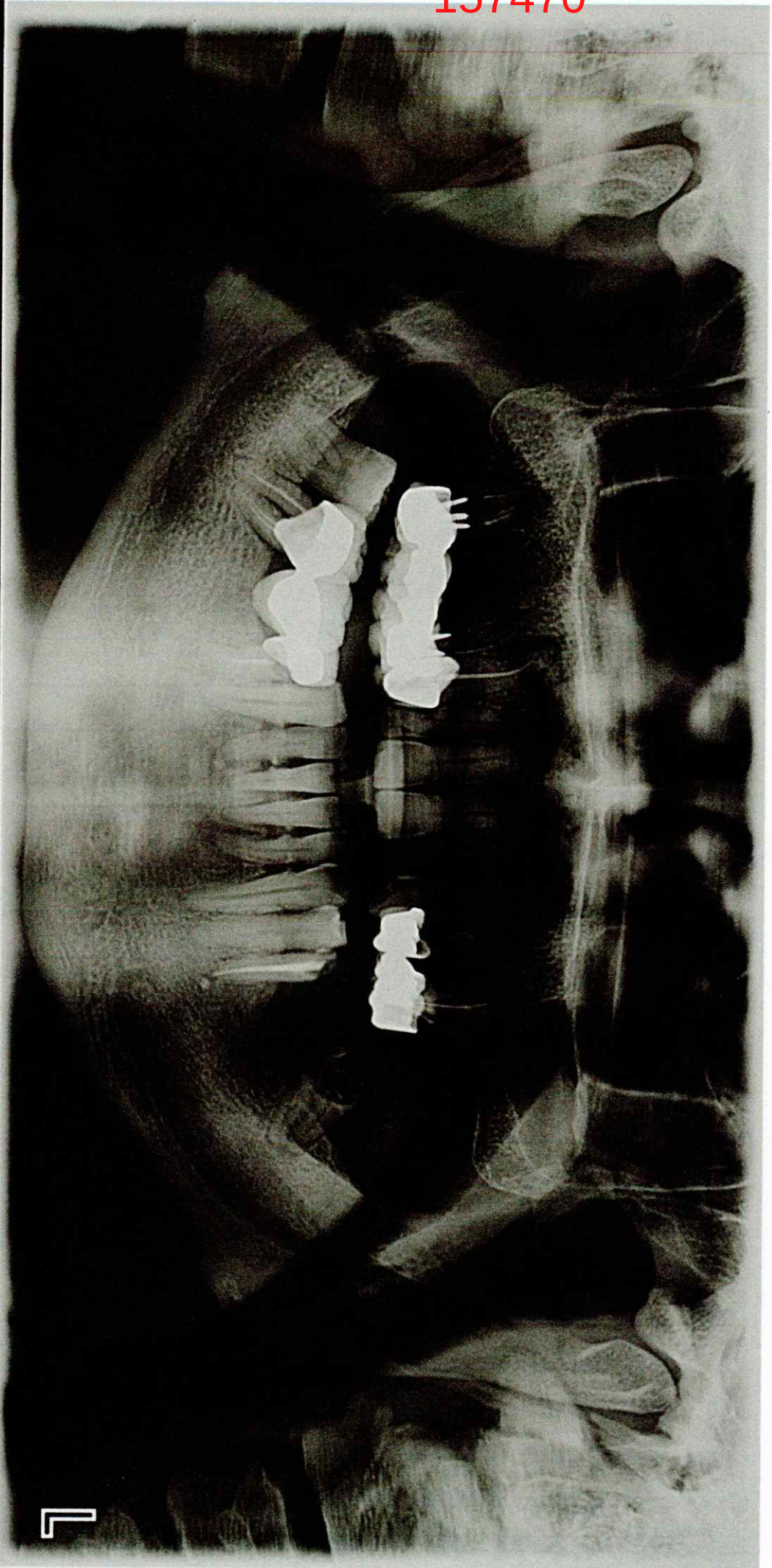


157470



30845 : DAKIR ABDELMAJID

24/02/22 70.0kV 12.5mA 17.2s 192.3mGy*cm²

Provider: Default

[illegible][illegible][illegible][illegible]

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Important :

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOMMÉS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [][][][][][][][][][][]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []
				MONTANTS DES SOINS []
				DEBUT D'EXECUTION []
				FIN D'EXECUTION []

PROTHÈSES DENTAIRES		O.D.F.																									
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE D H <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">26533412</td> <td style="width: 30%; border-left: 1px solid black;">21433552</td> <td style="width: 30%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black;">00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td style="border-left: 1px solid black;"></td> <td>G</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black;">00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black;">11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		26533412	21433552			00000000	00000000			D		G		00000000	00000000			35533411	11433553				B				
26533412	21433552																										
00000000	00000000																										
D		G																									
00000000	00000000																										
35533411	11433553																										
	B																										
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse		COEFFICIENT DES TRAVAUX																									
MONTANTS DES SOINS 4000,00		DATE DU DEVIS 10/05/12																									
DATE DE L'EXECUTION		PdC Remplacé par 4-63/6647 / 36																									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

[Signature]

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.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

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

La 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



Déclaration de Maladie

N° W21-771854

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Cadre réservé à l'adhérent (e) ☐ Optique ☐ Autres

Matricule : 3331 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre
 Nom & Prénom : DAKIR ABDELMAJID
 Date de naissance : 22/05/1960
 Adresse : 22, 1^{ère} ETG, LOT BLANC CHAMA EL KOWFA CASABLANCA
 Tél. : 0667334420 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/04/23
 Nom et prénom du malade : DAKIR ABDELMAJID Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Prothèse Dentaire A Douvle
 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 : Le : 14/04/23
 Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-771854

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 : 3331
 Nom de l'adhérent(e) : DAKIR ABDELMAJID
 Total des frais engagés : Dhs
 Date de dépôt : 14/04/23