

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 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

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



Déclaration de Maladie

N° W21-777893

154725

pe
cas
pme

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

9303

Société :

Optique

Autres

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MESSEOUDI

MEHDI ADIL

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR Lantiri Saâd
ORTHODONTISTE
18, Rue Abou Hassan Al Askari
1er Etage, Appt 3 - Casablanca
0522 86 05 37 / 05 22 86 06 65

Cachet du médecin :

Date de consultation :

19/01/2023

Nom et prénom du malade :

Messeoudi Mésma

Age: 11

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

006 (Bruxisme)

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

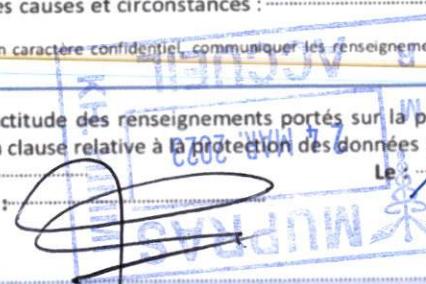
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 19/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-777893

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RELEVE 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
				INP : <input type="text"/>

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 Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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

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 de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

D	25533412	21433552
	00000000	00000000
	00000000	00000000
	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Demande

1. Semester 09/10

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

D90

4000m

1961 23

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

Dr Saâd LAMTIRI LAARIF

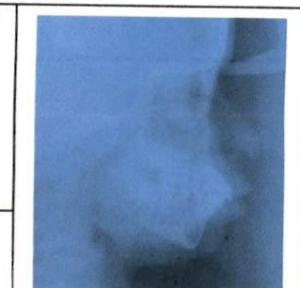
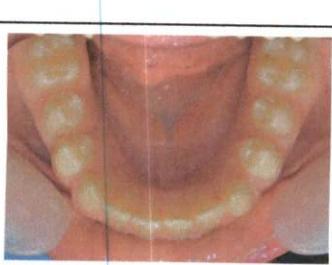
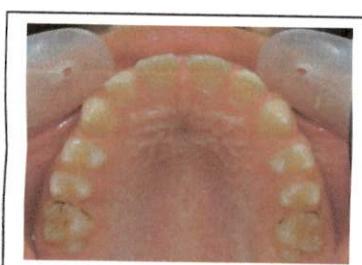
ORTHODONTISTE EXCLUSIF

Spécialiste en Orthopédie Dento-Faciale

et en ORTHODONTIE CLINIQUE D.U.O

Enfant & Adulte

Diplômé de la faculté de Médecine de Toulouse



Chère consoeur, cher confrère,

Suite aux examens clinique et radiologique, monsieur Mehdi MESSEOUDI présente :

- * classe I squelettique normodivergente
- * overjet antérieur, supraclusion antérieure, diastèmes inter-incisifs supérieurs inférieurs
- * bi-proalvéolie, bi-procheïlie
- * dents de sagesse incluses

Son traitement nécessite la mise en place d'un appareillage multibague auto-ligaturant sans extractions de prémolaires.

Les extractions des dents de sagesse seront évaluées en fin de traitement orthodontique.
Une réévaluation sera faite en cours du traitement pour évaluer la nécessité d'extraire ou non des prémolaires

Je reste à votre disposition pour toutes informations supplémentaires.

Veuillez agréer, chère consœur, cher confrère, l'expression de mes meilleures salutations.

18, rue abou hassan al askari (ex lavoisier), 1er étage, Appt n°3. (en face clinique hôpital 20 Août) Casablanca

05 22 86 06 65 & 05 22 86 05 37 (Fax) 06 61 72 69 11
email: dr.lamtiri.ortho@gmail.com

Dr Saâd LAMTIRI LAARIF
ORTHODONTISTE
18 Rue Abou Hassan Al Askari
1er Etage, Appt 3 Casablanca
0522 86 05 37 / 06 22 86 06 65