

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR

ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



Déclaration de Maladie
N° W21-786434

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 canalaire, 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 canalaire.
- **Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALIC :**
 - La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : QSCG Société : RA			
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	RA
Nom & Prénom : ABDERRAHMANE BEN YOUSSEF			
Date de naissance : 1984/06/27			
Adresse : SAIDI HALLA			
Tél. : 06 61 25 99 37 Total des frais engagés : 198465 Dhs			
Date de consultation : 28/02/2024			
Nom et prénom du malade : BENI SSA Age : 19			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même			
Nature de la maladie : Soin et Prothèse 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'exhaustivité des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles. Fait à : SAIDI HALLA Le : 1/03/2024			
Signature de l'adhérent(e) : SAIDI HALLA			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

<p>Adresses Mails utiles</p> <p><input type="radio"/> Réclamation : contact@mupras.com</p> <p><input type="radio"/> Prise en charge : pee@mupras.com</p> <p><input type="radio"/> Adhésion et changement de statut : adhession@mupras.com</p>	<p>VOLET ADHERENT</p> <p>Déclaration de maladie N° W21-786434</p> <p>Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.</p>
--	--

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Moncef Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

<p>VOLET ADHERENT</p> <p>Déclaration de maladie N° W21-786434</p> <p>Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.</p>	<p>Matricule : QSCG</p> <p>Nom de l'adhérent(e) : SAIDI HALLA</p> <p>Total des frais engagés : 198465</p> <p>Date de dépôt : 1/03/2024</p>
--	--

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature 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 - RADIGRAPHIES

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	
	A M	P C	I M	I V
.....

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
3 4 4 4	Ti Ti	D15 D15

COEFFICIENT DES TRAVAUX

INP : 094149390

24	3	C'	D10
MONTANTS DES SOINS	1375,00		

DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
H	G
25933412 00000000	21433552 00000000
00000000 35933411	00000000 11433553
FIN D'EXÉCUTION	
DEBUT D'EXÉCUTION	

COEFFICIENT DES TRAVAUX
D12,5

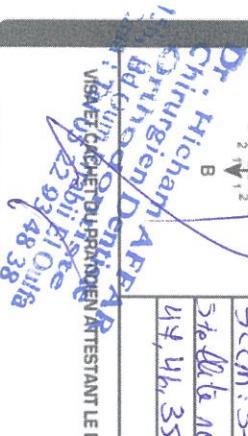
DATE DU DEVIS
24/100,00

DATE DE L'EXÉCUTION
08/10/2015

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

.....

VOLET ADHÉRENT



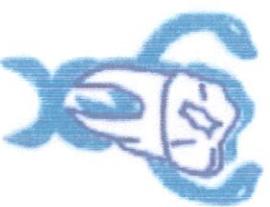
Dr Chinrichan
Gengen AAF
Dentist
5ccm : 34, 46, 47, 48
5te filte remplie les dents:
44, 46, 35, 36 D120 + D145

VISÉE CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
DATE DE L'EXÉCUTION
.....

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION
.....

Docteur Hicham AFFAR
CHIRURGIEN DENTISTE

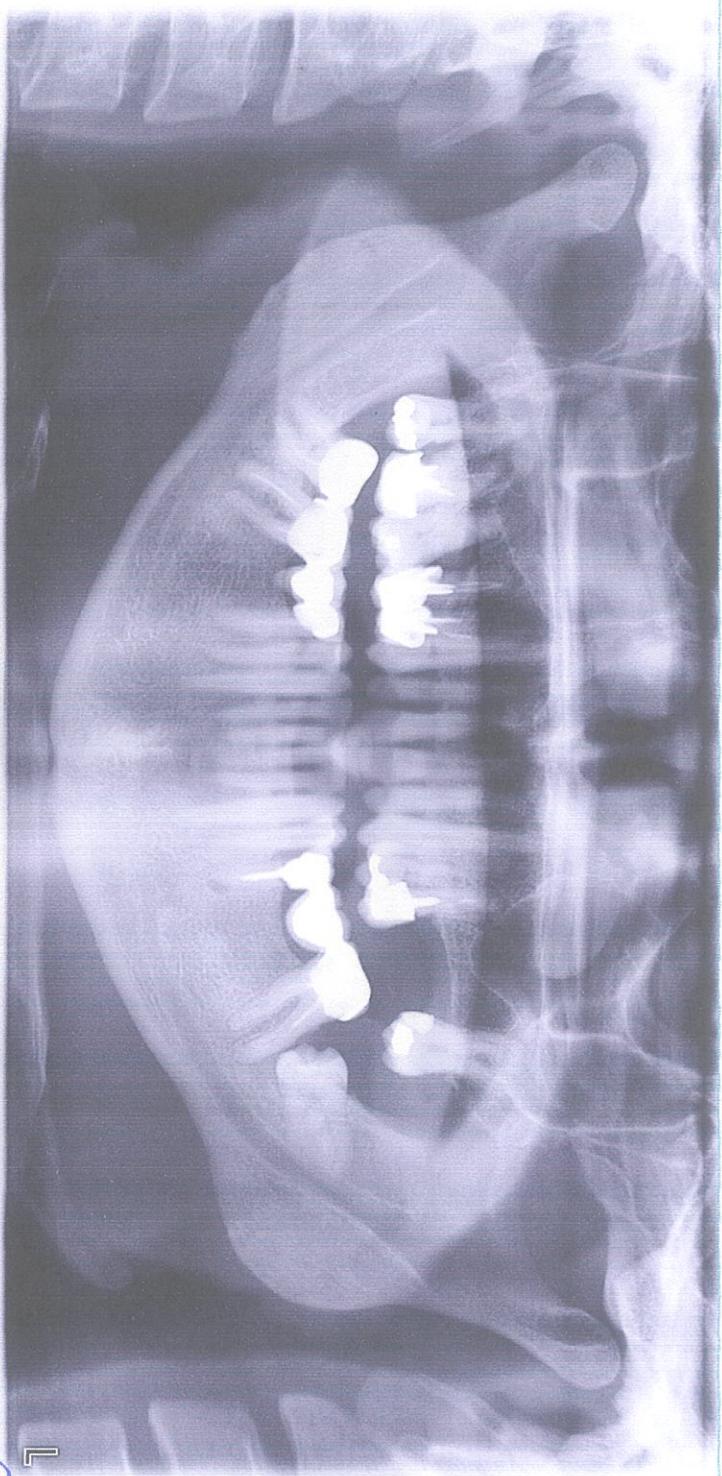
Diplôme de la faculté de medecine dentaire de Casablanca
Diplôme en Orthodontie de l'Université de Bourgogne (France)
Diplôme en Implantologie de l'Université Paul Sabatier (Toulouse)



Patient : Mr. BENISSA HASSAN

الدكتور هشام عفار
طبيب جراح الأسنان
خريج كلية طب الأسنان بالدار البيضاء
حاصل على دبلوم تقويم الأسنان من جامعة بورغون
برنسا
حصل على دبلوم زراعة الأسنان من جامعة تولوز

Casablanca, le 28/02/2024



564 Benissa Hassan
03/04/23 70.0kV 11.0mA 15.8s 86.7mGy/cm²
Provider Default

04/04/2023

156, bd. Oum Errabii 1er Etage - El Oulfa. Tél : 05 22 93 48 38 - Casablanca 20222
05.22.93.48.39 - الطابق الأول (العلوي) - شارع أم المظالم ، 156