

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1008 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : B. AÏSSI El Hacen

Date de naissance : 1935

Adresse : Alouane El Hacen

Tél. : 06 60 83 66 66

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14.11.2023

Nom et prénom du malade : B. AÏSSI El Hacen Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Prothèses Dentaires

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : 14/11/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie M23-0012844

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

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 Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

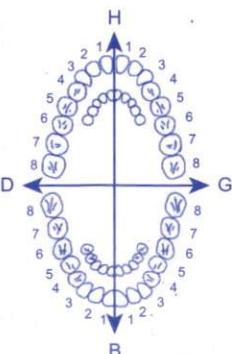
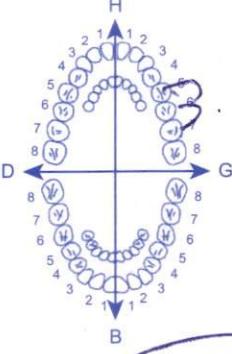
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
															
															
ODF PROTHESES DENTAIRES DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> <p>Recreation de briques sur la 27.26 et 25 extraction</p>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	00000000	00000000													
G	35533411	11433553													
Coefficient des travaux 3D 180															
Montants des soins 900,40															
Date du devis 14/11/23															
Date de l'exécution 															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS 															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION 															



Docteur NADIA SAADI

الدكتورة نادية سعدي

Chirurgien Dentiste

Casablanca, le :

20/03/24.

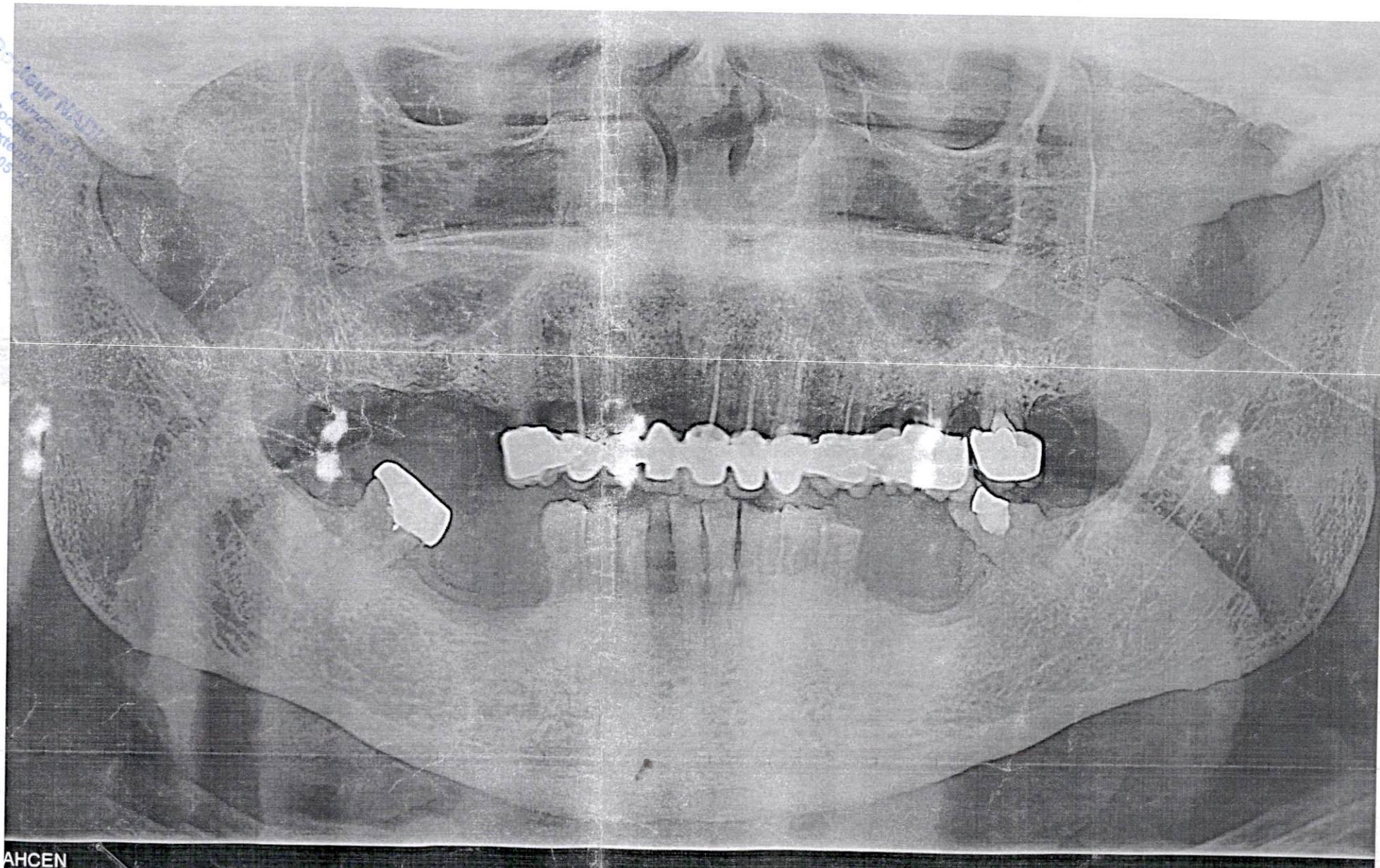
A l'attention - Le Maroc
Tunisie de bien pour tout
reverifier le devis de M^{me} Boggas
Lahcen et la compagnie avec
le compte rendu de mes deux
contremarque date de 05/01/24.

Docteur NADIA SAADI

Chirurgien Dentiste

52, Rue Socrate 1^{er} Etage Appt.N° 1
Maârif Extention - Casablanca
Tél.: 05 22 25 32 78

52, Rue Socrate 1^{er} Etage Appt.N° 1 Maârif Extention - Casablanca
Tél.: 05 22 25 32 78 - E-mail : cabinet.drsadinadia@gmail.com



AHCEN

5mA 17.4s 193.9mGy×cm²

N° Dossier: 183437
N° Dossier externe: PEC-1008/20-11-23
Type de dossier: DENTAIRE
Bénéficiaire: BAGAS LAHCEN
Situation: Notifié
Sous-situation: ---
Date de début: 20-11-2023
Date de fin:
Date de saisie: 20-11-2023
Événement:

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants [↓]

Date	Type	Commentaire
21-11-2023	Manuel	CV PREOP
24-11-2023	Manuel	CV envoyé a dr BENFEDDOUL
24-11-2023	Manuel	INFORME PAR APPEM
08-01-2024	Manuel	SUITE RAP CV BENFEDDOUL REVOIR LACC PAR LE DENTISTE (RAP CV A

ENVOYER AU DENTISTE:

RAPPORT DE CONTRE-VISITE

Je soussigné (e), Docteur Samir BENFEDDOUL certifie avoir effectué une contre-visite
Le , pour le compte de la compagnie : MUPRAS

MATRICULE :

4008

183437

Sté Contractante : MUPRAS

9123-183437

DECLARATION N° :

Nom et Prénom de l'assuré(e) :

BAGAS vehicle

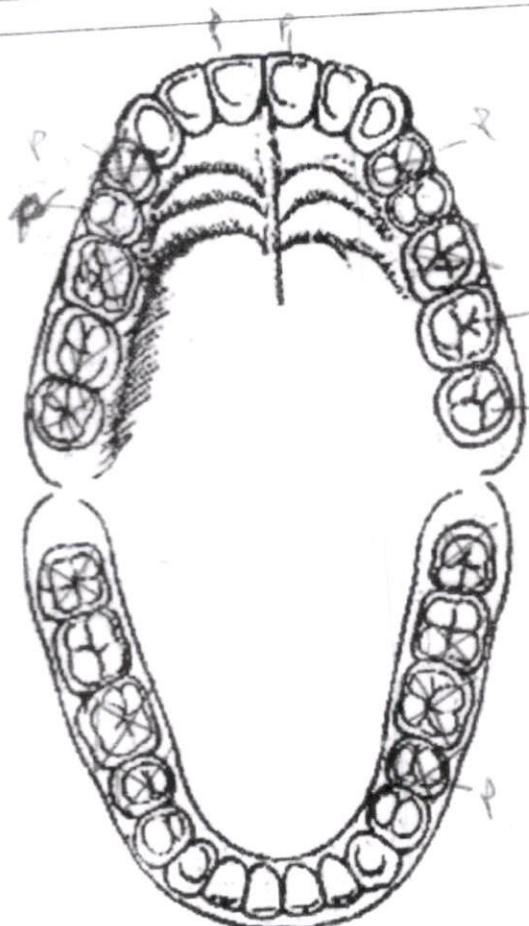
Personne traitée :

BA GAS vehicle

Coordonnée téléphonique :

ETAT ACTUEL

AT ACTUEL
jet absent
14. 11-24-26 -
16-17-18
36-37 -
45-46 -



Observations et conclusions :

- Le Pilier de la loi domine comme extrait n'existe pas chez le révo. la prescription de la domine. c'est la 26 qui est absurde.

Fait à : Casablanca Le 5.01.24