

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 - 5ème 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° W19-422157

301101

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10726

Société : R. A. M

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : OULADI Fatima

Date de naissance : 08-12-74

Adresse : Rés. Bine Al Hachim, Imb5, E2, Apt4, Californie - CASABLANCA

Tél. : 06-61-21-47-95

Total des frais engagés : 200 + 212,5

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30/05/19

Nom et prénom du malade : OULADI Fatima

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Consultation

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	3-1-519	2125

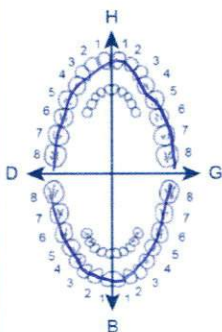
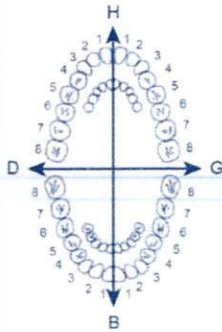
[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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	INP : <u>191611271051</u>								
		<u>Consultation</u>		COEFFICIENT DES TRAVAUX <u>D5</u>								
		<u>D5</u>		MONTANTS DES SOINS <u>200,00 Dh</u>								
				DEBUT D'EXECUTION								
				FIN D'EXECUTION <u>30/05/19</u>								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS		
	D	G										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	(Création, remont, adjonction)			DATE DU DEVIS								
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Polyclinique Dentaire Casablanca
Docteur Saad ESSALMI
 766 10 Modibo Kéita - Casablanca
 Tél. 05 22 62 61 51 www.dentaire.ma

Polyclinique Dentaire Casablanca
Docteur Saad ESSOUKI
765 10 Modibo Keita - Casablanca
Tél. : 22 82 61 51. www.dentaire.ma



Casablanca, le 18/06/2019

Note d'honoraire
548/2019

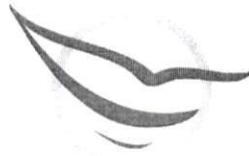
Patient : Mme OUADI (archive) FATIHA

Dent	Acte	Honoraire
1848	Consultation	200,00
TOTAL		200,00

Somme arrêtée à : deux cents dirhams

Polyclinique Dentaire Casablanca





Casablanca, le 30 mai 2019

ORDONNANCE

Mme OUADI (archive) FATIHA

138,30

Augmentin 1g

1 comprimé 2 fois par jour pendant 7 jours

58,40

Solupred 20mg

3 comprimés à la fois par jour pendant 5 jours
à partir du matin de l'intervention

15,8

Doliprane 1000 mg

1 comprimé en cas de douleurs, sans dépasser 4 par jour

PPV: 138,30 DH
LOT: 591291
PER: 08/20

58,40

Solupred® 20mg

PPV: 150,80
PER: 10/21
LOT: H2070

T= 212,50

Polyclinique Dentaire Casablanca
Société Civile Professionnelle
De Médecins Dentistes
765, Bd Modibo Keita - Casablanca
Tél: 0522 82 51 51 Fax: 0522 85 50 62