

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.

Biologie 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.

Éducation :

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

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

CA

Déclaration de Maladie : N° P19-0017452

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7822 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

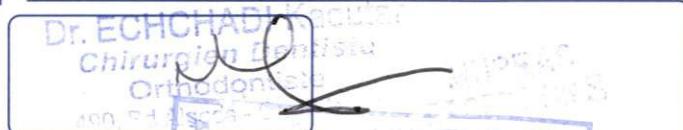
Nom & Prénom : OLIARDANI ABDELMADJ Date de naissance : 24/08/66

Adresse : LOT 27 LAIMAOUN II CASABLANCA

Tél. : 06 63 00 11 10 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/07/2019

Nom et prénom du malade : Ouardani Saad Age : 10

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Saad D

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 : 10/08/2019

Signature de l'adhérent(e) :

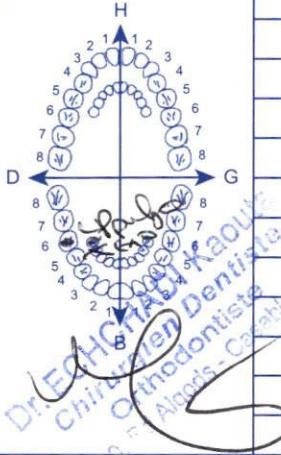
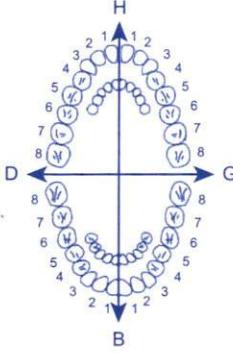
Echchadi

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																	
 D ← → G B ↓ ↑ H	46	obt op	10	COEFFICIENT DES TRAVAUX DCC																
	85	pulpato	87																	
	84	Exo	8																	
 D ← → G B ↓ ↑ H																				
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				MONTANTS DES SOINS 110000																
<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: left;">25533412</td> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: left;">35533411</td> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> </table>					H	25533412	G	21433552	D	00000000	B	00000000	D	00000000	G	00000000	B	35533411	H	11433553
H	25533412	G	21433552																	
D	00000000	B	00000000																	
D	00000000	G	00000000																	
B	35533411	H	11433553																	
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																				
				DEBUT D'EXECUTION 03/07/19																
				FIN D'EXECUTION 04/07/19																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX 																
				MONTANTS DES SOINS 																
				DATE DU DEVIS 																
				DATE DE L'EXECUTION 																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOCTEUR ECHCHADI KAOUTAR
CHIRURGIEN DENTISTE
490 ETAGE 1 Bd Al Qods – Casablanca

NUMERO PATENTE : 34022902
IDENTIFIANT FISCAL : 20746346
INPE : 094180650
ICE : 001897404000060
CNSS : 5525178

FACTURE :

Casablanca le 03/07/19

NOM ET PRENOM : Ouendane Saad

TRAVAIL REALISE	DENTS TRAITEES	COEFFICIENT SELON NGAP	HONORAIRES
DT - sp	46	D ₀	500,00
pulpate	85	D ₈	400,00
Gao	84	D ₈	20900
TOTAL		D ₂₆	100900

Arrêtez la présente facture à la somme de

100900 Dhs

Mode de paiement :

Carte



DR. ECHCHADI KAOUTAR
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste
490, Bd Al Qods - Casablanca

Signature du Médecin :
Dr. ECHCHADI KAOUTAR
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste
490, Bd Al Qods - Casablanca

CHADI DENTAL CLINIC
190, Bd Al Quds Casablanca
TEL : +212 527 80 00
www.chadidentalclinic.com

Dr. ECHCHADI M'hamed Mohdi
Diplôme de Docteur en Dentaire
Université de Toulouse
4507, boulevard Lascrosses
31400 Toulouse France

OUARDANI SAAD
Date de naissance: 24/09/2009

26/07/2019
72.00 kV
10.00 mA
13.60 s
98.680 mGy/cm²

YM

