

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.

Diagnostique 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

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



Voir contact. Nubg
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 : Ouardani Abdou Date de naissance : 24/08/66
Adresse : Lot 27 Laimoun II Casablanca
Tél. : 0663001110 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/07/2019
Nom et prénom du malade : Ouardani Saïd Age : 10
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : Sans 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 :
Signature de l'adhérent(e) :

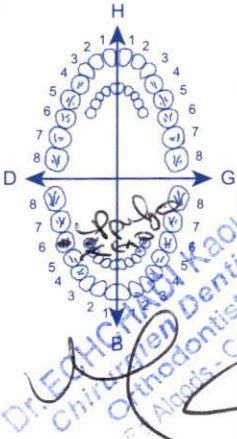
Signature

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		
	46	obt u	D10	CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">DCC</div>	
	85	pulpotomie	D87		
	84	GxO	D8		
					MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">110900</div>
					DEBUT D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">03/07/19</div>
					FIN D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">04/07/19</div>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE		
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> B 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> B 00000000 11433553 </div> </div>	CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 40px;"></div>	
			MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 40px;"></div>
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	
		DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 40px;"></div>	

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 : Ouardani Saad

TRAVAIL REALISE	DENTS TRAITEES	COEFFICIENT SELON NGAP	HONORAIRES
obA - ep	46	D10	500,00
pulpotomie	85	D8	400,00
Cao	84	D2	200,00
TOTAL		D26	1100,00

Arrêtée la présente facture à la somme de

Un mille cent dix dirhams

Mode de paiement :

Compte

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

CHADI DENTAL CLINIC
190, Bd Al Qods Casablanca
Tel : +212 527 874 007
www.chadidentalclinic.com

Dr. ECHCHADI MEHDI Mahdi
Diplôme de Spécialité en Odontologie
480, Bd Al Qods Casablanca

7/11

OUARDANI SAAD
Date de naissance: 24/09/2009

26/07/2019
72.00 kV
10.00 mA
13.60 s
98.880 mGycm²

