

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.

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



Déclaration de Maladie

N° W19-436377

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4513 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : RAGADI EL MOSTAFA
 Date de naissance : 15/10/1962
 Adresse : 6 RUE 15 LOT AL MANARA CALIFORNIE ANN. CHOCK
 Tél. : 06 61 823 949 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Youssef AMMOR

Chirurgien Dentiste

46, Bd. de Fés Hay Haddaouia 3

Ain Chock - Casablanca

Fix : 05 40 08 00 57 / GSM : 06 63 04 18 91

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/01/2019
 Nom et prénom du malade : RAGADI EL MOSTAFA Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Soins dentaires
 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.

10 SEP. 2019

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 : *[Signature]* le 11/01/2019
 Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

[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 :

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	INP : 0946 13067																				
	16	obt Ag	D10	<p>Coefficient des Travaux <input type="text" value="D30"/></p> <p>Montants des Soins <input type="text" value="1200,00"/></p> <p>Début d'exécution <input type="text" value="11/07/2019"/></p> <p>Fin d'exécution <input type="text" value="25/07/2019"/></p>																				
	26	obt Ag	D10																					
	36	obc Ag	D10																					
<p>Dr. Youssef AMMOR Chirurgien Dentiste 46, Bd. de Fés Hay Haddadma 3 Ain Chock - Casablanca Fix : 05 40 08 00 57 / GSM : 06 63 04 19 91</p>																								
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																							
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>11433552</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="4">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	11433552	35533411				B				Coefficient des Travaux <input type="text"/>
	H		G																					
	25533412	00000000	21433552	00000000																				
	00000000	00000000	00000000	11433552																				
	35533411																							
	B																							
<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse</p>			Montants des Soins <input type="text"/>																					
			Date du devis <input type="text"/>																					
			Date de l'exécution <input type="text"/>																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur AMMOR Youssef

Chirurgien Dentiste

INE 09401767

الدكتور. عمرو يوسف
Dr. Youssef AMMOR
Chirurgien Dentiste
Bd. de Fés Hay Haddaouia 3
Ain Chock - Casablanca
Fix : 05 40 08 00 57 / GSM : 06 63 04 18 91

طبيب جراح للأسنان

ORDONNANCE

FACTURE

Le: 25/07/2019

Pour Y-RAGADI ET MOSTAFA

Pour le mm. (16/06/36)

D30. Membre de la facture

de 1200,00 DHS TTC

Soit deux cent sous TTC

BFA D30
24 SEP, 2019

Dr. Youssef AMMOR
Chirurgien Dentiste
46, Bd. de Fés Hay Haddaouia 3
Ain Chock - Casablanca
Fix : 05 40 08 00 57 / GSM : 06 63 04 18 91

46, شارع فاس حي الحداوية 3 عين الشق الدار البيضاء (مقابل الهاتف المركزي «الحداوية»)

الهاتف : 05 40 08 00 57 / الموبايل : 06 63 04 18 91

46, Bd. de Fés Hay Haddaouia 3 Ain chock - Casablanca - (En face Centrale Téléphonique «El Haddaouia»)

Fix : 05 40 08 00 57 / Gsm: 06 63 04 18 91

E-mail : youssef.ammor7@gmail.com