

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.

Educations :

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.

Prothèse 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

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° P19- 0024368

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10363 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ELAICH H. ABDELLAH Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 05 61 39 09 44 Total des frais engagés : 500 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. AHMED-FAOUZI HATIMI
Dentiste Esthétique-Prothèse Dentaire
CLINIQUE DENTAIRE GHANDI
25, Bd. Ghandi - Casablanca
Tél. 022 98 33 33

Date de consultation : 07 / 07 / 2019

Nom et prénom du malade : ELAICH ghita Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie :

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) :

RELEVÉ 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
80				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21 SEP 2019	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	07/09/19	Radiographie panoramique	200,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
		Consultation	D ₄	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text" value="D<sub>4</sub>"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="300,00"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text" value="07/09/19"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 D 00000000 00000000 G 00000000 00000000 B 35533411 11433553 [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

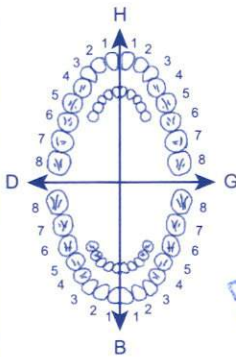
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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	
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text" value="D4"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="300,00"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text" value="07/09/19"/>
		consultation	D4	

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th></th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H			G		25533412	21433552				00000000	00000000				00000000	00000000				35533411	11433553				B					CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H			G																													
	25533412	21433552																															
	00000000	00000000																															
	00000000	00000000																															
	35533411	11433553																															
	B																																
	(Création, remont, adjonction)																																
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. AHMED FAOUZI HATTA
Dentiste Esthétique - Prothèse Dentaire
CLINIQUE DENTAIRE GHANDI
265, Bd. Ghandi - Casablanca
Tél: 022 98 33 23

Dr. AHMED FAOUZI HATTA
Dentiste Esthétique - Prothèse Dentaire
CLINIQUE DENTAIRE GHANDI
265, Bd. Ghandi - Casablanca
Tél: 022 98 33 23



Dr **HATIMY AHMED FAOUZI**

CHIRURGIEN DENTISTE

Casablanca, le 11/09/2019

N° de l'IF : 40500507

N° de l'ICE : 001776414000024

Patient(e): La jeune ELAICH ghita

NOTE D'HONORAIRES

ACTES	Dent(s)	Montant à payer
CONSULTATION	61	300,00 DHS
RADIO PANORAMIQUE	51	200,00 DHS
TOTAL		500,00 DHS

24 SEP 2019

BBR 216
HAK

Dr. AHMED-FAOUZI HATIMY
Chirurgien Dentiste
CLINIQUE EL GHANDI
265, Bd Ghandi
Tél : 05.22.98.33.33

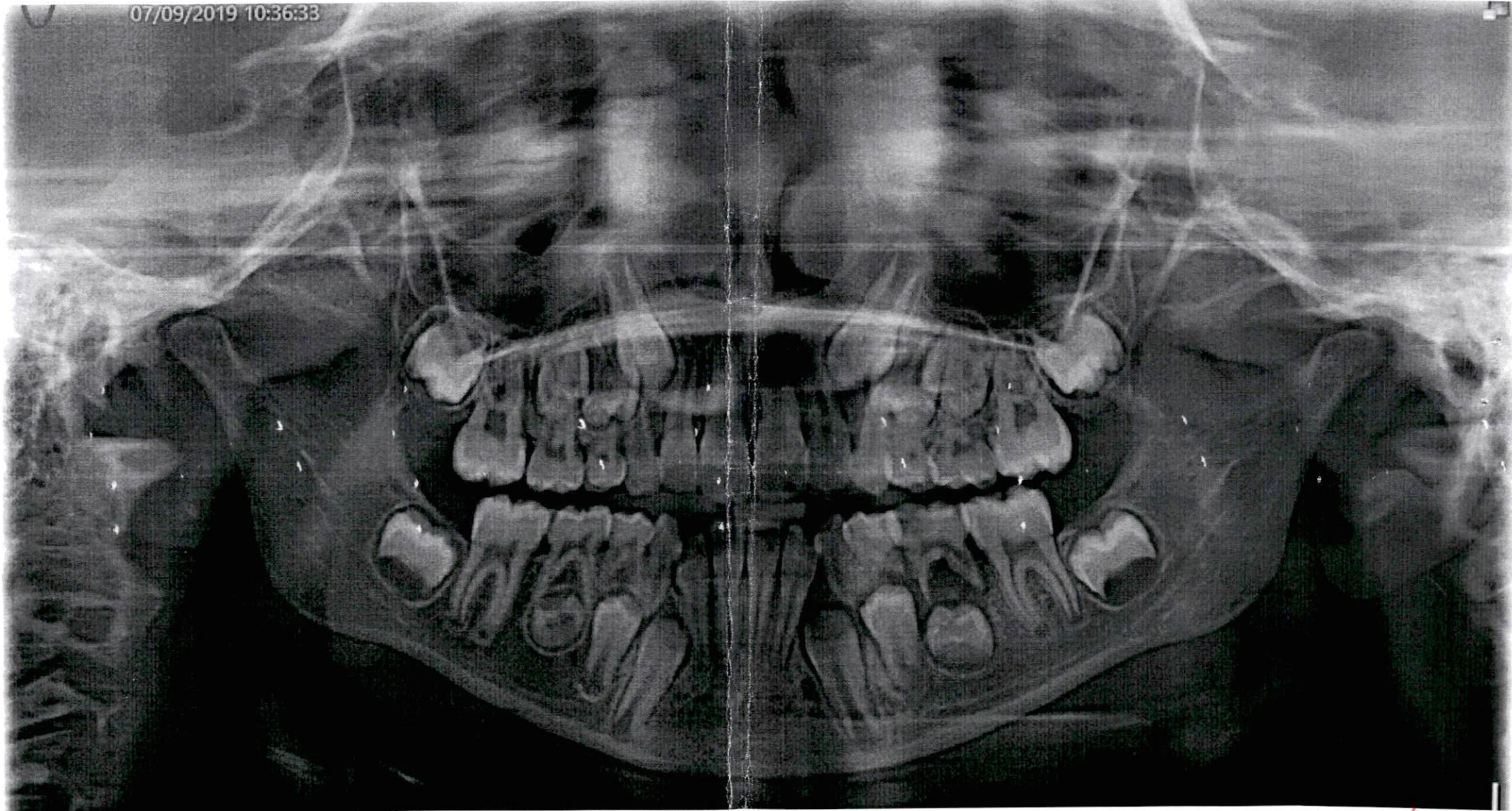
Signature du Praticien



265, Boulevard Ghandi Casablanca-Maroc

Tél, 05.22.98.33.33

07/09/2019 10:36:33



✓