

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.

Diagnostic 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



Déclaration de Maladie : N° P19- 0014585

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7890 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL HAQUIQUI Ad Date de naissance : 1-1-50

Adresse :

Tél. : 0662475965 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Nora FAYD
22, Bd Oued Bahi, 1er Etage
El Quiffa - Casablanca
Tél: 05 22 93 07 61

Date de consultation : 25/07/2019

Nom et prénom du malade : EL HAQUIQUI MICHA Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Soins Dentaires P. 2019

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][illegible][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 :
Veuillez 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	
	25/07/19	44	Compositik	D ₁₀	COEFFICIENT DES TRAVAUX D₃₀
	25/07/19	45	Compositik	D ₁₀	
	01/08/19	37	Composite	D ₁₀	
					MONTANTS DES SOINS 1000 frs
					DEBUT D'EXECUTION 25/07/2019
					FIN D'EXECUTION 01/08/2019

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

H			
25533412	21433552		
00000000	00000000		
D		G	
00000000	00000000		
35533411	11433553		
B			
(Création, remont, adjonction)			
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Nora FAYD Cabinet dentaire

Docteur en médecine dentaire

Diplômée des facultés de Paris et de Dijon
orthodontie, parodontie, soins dentaires,
prothèse et blanchiment

نورة فايد

طبيبة جراحة الأسنان

خريجة كلية باريس و ديجون
علاج و تقويم و ترميم الأسنان، علاج أمراض
اللثة و تبييض الأسنان

01/08/2019

BBN D30

FACTURE DE SOINS DE

pour EL HAQUIQUI AÏCHA

Composite 44 - 45 - 37

Total Honoraires : 1000 DHS

Dr. Nora FAYD
22, Boulevard Baht, 1er Etage
El Oulfa - Casablanca
Tel/ 05 22 93 07 61

N°22, Boulevard Oued Baht 1^{er} étage Oulfa
Casablanca.

Tél.:

E-mail :

022.93.07.61 / 012.14.47.44

nora.fayd@yahoo.fr

الرقم 22, شارع وادي بهت الطابق الأول

الألفة الدار البيضاء.

الهاتف :

البريد الإلكتروني :