

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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

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° P19-0002359

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0624 Société : RAJ

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : HABCHI NADIA Date de naissance :

Adresse : 21 Rue ENDAHUA - Casablanca

Tél : 0661061830

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/09/19

Nom et prénom du malade : N. Habchi Nadia 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 : 25/09/19

Le : 25/09/19

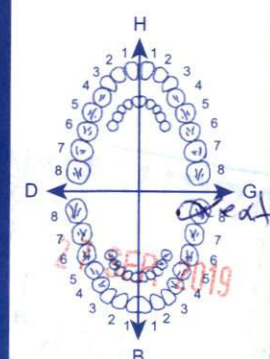
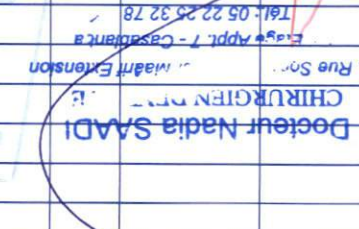
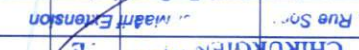
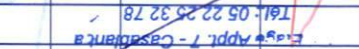



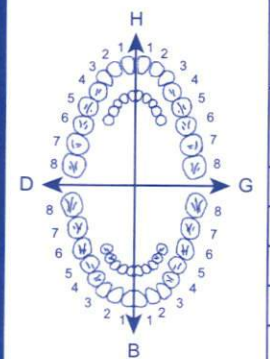
Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/9/19	102,00

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

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 : 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													
	48	eat	D ₁₀	COEFFICIENT DES TRAVAUX D₁₀												
				MONTANTS DES SOINS 200,00												
				DEBUT D'EXECUTION 20/09/2019												
				FIN D'EXECUTION 												
																
																
																
																
																
																
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	G	00000000	00000000													
	B	35533411	11433553													
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

الدكتورة نادية سادي

Dr Nadia SAADI

Chirurgien Dentiste



Casablanca, le: 20/09/2019



BPR

10

A l'attention de

Honoraires

Je soussignée Dr Nadia Saadi a exécuté à Mr

.....Habib Nakh.....

Pour un montant de ..Deux cent dhs.....

(200,00 dh)

Docteur Nadia SAADI
CHIRURGIEN DENTISTE
52, Rue Socrate Quartier Maârif Extension
3^{ème} Etage Appt. 7 - Casablanca
Tél.: 05 22 25 32 78

Agence Socrate- ATTIJARIWAFABANK

Rib :007 780 000000 1284 000 47573

Patente : 408 063 88- CNSS :6675 138



52, Rue Socrate Quartier Maârif Extension 3^{ème} Etage Appt.
Casablanca - Tél.: 05.22.25.32.78

الدكتورة نادية سحدي

Dr Nadia SAADI

Chirurgien Dentiste



Casablanca, le: 20/09/2019

PFR: 04 2022

LOT: 9MA085

BIRODOGYL
CP PEL B15

P.P.V: 1020H00

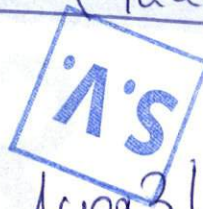


6 118000 060567

M^r Habachi Naâthi

102400

BirodogyL



1cpa3/3

pdH5j

PHARMACIE MONTEFI
2 Dr. A. Zakaria Hassan
Docteur d'état en Chirurgie
E.I. Maârif - C.A.S.A. B.L.A.N.C.A.
68, angle Bd du 11 Janvier et Mustapha
Tél.: 0522.22.49.15 - Fax: 0522.20.98.87
E-mail: ghmedzakaria@maarif.ma

Docteur Nadia SAADI
CHIRURGIEN DENTISTE
52, Rue Socrate Quartier Maârif Extension
Tél.: 05.22.25.32.78



52, Rue Socrate Quartier Maârif Extension 3^{ème} Etage Appt.
Casablanca - Tél.: 05.22.25.32.78