

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 canalaire, 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 canalaire.

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.



Declaration de Maladie

N° W19-448820

C

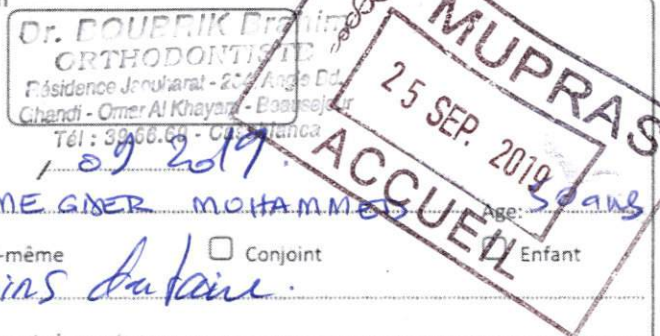
☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7847 Société : PAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ELME GHER MOHAMMED
 Date de naissance : 12-06-1969
 Adresse : LOT AL OUBRA Rue 16 N°9 AIN CHOK
 CASP
 Tél. 06 73 74 89 83 Total des frais engagés : 900,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 07 / 09 2019
 Nom et prénom du malade : ELME GHER MOHAMMED
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Soins dentaire
 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 : CASP Le : 18 / 09 / 19

Signature de l'adhérent(e) :

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 (LLG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Pharmacien ou du Fourcheur	Date	Montant de la Facture
	07.03.19	181,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 094011844														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX 047														
				MONTANTS DES SOINS 90000														
				DEBUT D'EXECUTION 07.03.19														
				FIN D'EXECUTION 08.03.19														
	O.D.F. PROTHESES DENTAIRES																	
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>D</td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>38533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	38533411	11433553	B		
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
D	G																	
00000000	00000000																	
38533411	11433553																	
B																		
[Creation, remont, adjonction]																		
Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession																		
DATE DU DEVIS																		
DATE DE L'EXECUTION																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CABINET DENTAIRE BOUBRIK

Casablanca, le 18 09 19.

FACTURE détaillée

Dr Brahim BOUBRIK Chirurgien dentiste spécialiste,

Certifie avoir reçu de : **M ELNEGDER MOHAMED.**

La somme de : « **Neuf cent** — **Dirhams** »

En règlement intégrale des actes suivants :

SOINS DENTAIRES :

Traitement canaline plus obturation.

dent N° 47 - D35 + 8000.

BBR - D35 - 2 RVG + 1000.

01 OCT. 2019

DR. BOUBRIK Brahim
ORTHODONTISTE
Résidence Ghandi Hay Raha Beausejour
Casablanca - 20200
Tél : 0522 39 66 69

DR BOUBRIK BRAHIM

264.BD GHANDI.CASABLANCA

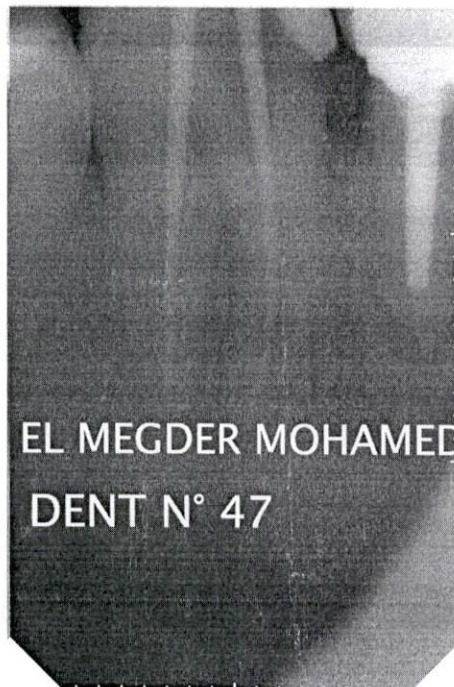
EL MEGDER MOHAMED
DENT N° 47

24

Le 07/09/19.

DR. BOUBRIK BRAHIM
DENT N° 47
Residence: 264.BD GHANDI - CASABLANCA
Tél: 06.06.06.06

DR BOUBRIK BRAHIM
264.BD GHANDI.CASABLANCA



EL MEGDER MOHAMED
DENT N° 47

Re: 18 09 19.

DR. BOUBRIK Brahim
DENTISTE
Résidence Jonathan - 264 Angle Bd.
Ghandi - Omer Al Khayam - Saeusejour
Tél : 39.66.69 - Casablanca





Docteur Brahim BOUBRIK
Chirurgien Dentiste Spécialiste

Doctorat en médecine dentaire
Diplôme universitaire d'ORTHODONTIE
Diplôme universitaire de PARODONTOLOGIE
Diplôme d'étude supérieur de CHIRURGIE
Diplôme universitaire de PATHOLOGIE DENTOAIR

Certificat d'étude supérieur de chirurgie dentaire
Certificat d'anatomie cervico-faciale
Certificat de physiologie générale
Ancien attaché des hôpitaux de Casablanca

LevAMOX® 19 16 COMPRIMÉS EFFERVESCENTS

PPV 157DH00
LOT 800203
EXP 01/2021

LOT: M0097
EXP: AOI 2020
PPV: 24.60 DH

ORDONNANCE

Casablanca, le 29/09/2019

DR. ELNEGDER
Mohamed

157.00

Leva - 10x



(S.V)

10 x 2x

24,60

Café

(S.V)

181,60

2x 1 - 1 5x