

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- 0015535

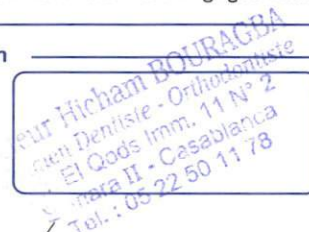
☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12069 Société : RAN
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MSADEK HAMID Date de naissance : 18/04/1977
 Adresse : rue 201, n° 57, Hay 01g Abdellah, An chik
 Tél. : 06 60 40 16 10 Total des frais engagés : 500 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : 1^{er} MSADAK Zineb Age : 11 ans
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : sin 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 :
 Signature de l'adhérent(e) : **Accueil Siège/Ram**

30 SEP. 2019

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		
	1	1	1	<div style="margin-bottom: 10px;"> COEFFICIENT DES TRAVAUX D10 </div> <div style="margin-bottom: 10px;"> MONTANTS DES SOINS 5000 </div> <div style="margin-bottom: 10px;"> DEBUT D'EXECUTION 28/9/19 </div> <div> FIN D'EXECUTION 28/9/19 </div>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;"> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession </p>			<div style="margin-bottom: 10px;"> COEFFICIENT DES TRAVAUX </div> <div style="margin-bottom: 10px;"> MONTANTS DES SOINS </div> <div style="margin-bottom: 10px;"> DATE DU DEVIS </div> <div> DATE DE L'EXECUTION </div>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Hicham BOURAGBA
Chirurgien Dentiste - Orthodontiste
Ord. El Qods - 11 N° 2
El mara II - Casablanca
Tel : 06 22 50 11 78

Docteur Hicham BOURAGBA

Chirurgien Dentiste



الدكتور هشام بورقبة

طبيب جراح للأسنان

Nom / Prénom

ABDOU Fines

Casablanca, Le :

28/9/19

Facture pour :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Consultation Dentaire | <input type="checkbox"/> Implant (s) Dentaire (s) |
| <input type="checkbox"/> Radio Retro Alvéolaire | <input type="checkbox"/> Traitement Paradontal |
| <input type="checkbox"/> Extraction (s) Dentaire (s) | <input type="checkbox"/> Traitement Orthodontique |
| <input checked="" type="checkbox"/> Soins (s) Dentaire (s) | <input type="checkbox"/> Blanchiment Dentaire |
| <input type="checkbox"/> Prothèse (s) Dentaire (s) | |
| <input type="checkbox"/> Autres : | |

Prix :

500 M (Cinq cents M)

Docteur Hicham BOURAGBA
Chirurgien Dentiste, Orthodontiste
Ed. El Qods Im. 11 N° 2
El inara 11 Casablanca
Tel: 06 22 50 11 78