

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.

Éducation :

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.

Adresses Mails utiles

Reclamation : 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° P19-0013327

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11413 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Zouinka Ahmed Date de naissance : 2/07/1967

Adresse : 05 Rue Ghazal - Immeuble Tifanie Mohammed

Tél. : 06 66 35 41 86 Total des frais engagés : 12000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

CABINET DENTAIRE
DR. KHLIFI Bouchra
Bd. Hassan II, Rés. Demnate
Mohammedia
Tél : 05 23 30 00 90/91

Date de consultation : 05/09/2019

Nom et prénom du malade : Zouinka Ahmed

Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Oligo-arthrite

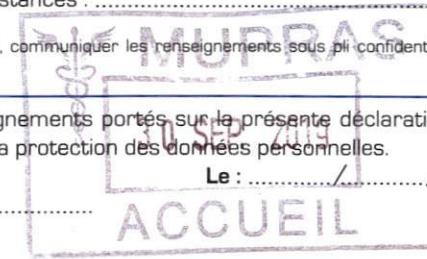
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) :

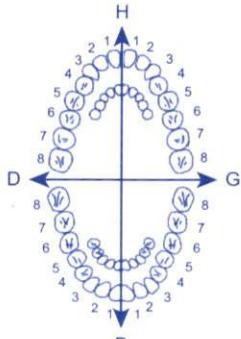
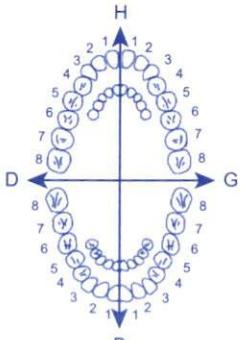


RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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										
		<i>Debridage P12 en 2 semaines</i>	<i>D24</i>										
			COEFFICIENT DES TRAVAUX <i>D24</i>										
			MONTANTS DES SOINS <i>1200,00</i>										
			DEBUT D'EXECUTION <i>05.09.19.</i>										
			FIN D'EXECUTION <i>13.09.19.</i>										
ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE												
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B	
H	G												
25533412 00000000	21433552 00000000												
D	G												
00000000 35533411	00000000 11433553												
B													
			COEFFICIENT DES TRAVAUX										
			MONTANTS DES SOINS										
			DATE DU DEVIS										
			DATE DE L'EXECUTION										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

CABINET DENTAIRE
DR. RHLIFI Bouchra
Bd. Hassan II, Rés. Deltaplate
Mohammed V
Tél. 05 23 30 00 90/01
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

عيادة طب الأسنان

CABINET DENTAIRE

Docteur Bouchra KHLIFI *Chirurgien Dentiste*



الدكتورة بشرى خليفي

Facture N° 01079

Mohammedia, le : 13.09.2019.

Nom et Prénom : BOUINKA Ahmed

Quantité	Désignation	P.U	P.T
	<p>La facture sera créée à € 1200 Dhs si il y a deux cartes</p> <p>Dorénavant</p> <p>CABINET MÉDICAL DR. KHALIL Bouchra 80, Hassan II, Casablanca Tél. 05 23 39 00 90/91</p>		

05 23 30 00 90/91 - الهاتف: - المحمدية - الشان - شارع الحسن الثاني - 4 - الشقة - الطابق الأول - دمنات - إقامة

Résidence Demnat - 1er Etage - Appt N° 4 - Avenue Hassan II - Mohammedia - Tél : 05 23 30 00 90/91

I.N.P : 094017670 - Patente : 39404682 - C.N.S.S : 2474469 - I.C.E : 001969572000060

IF: 54509671