

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.

Education :

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.

Soins dentaires :

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **3081**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

RAOUZ AHMED

Date de naissance :

1959

Adresse :

Tél. **666247016**

Total des frais engagés : **100000** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr KITANE L'outina
Chirurgien Dentiste
21. Dakhla Ray Inara N° 83
1er Etage - Casablanca
u22 50 06 40

Date de consultation : **25/9/2018**

Nom et prénom du malade : **Raouz Ahmed** Age : **1959**

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

soins dentaires.

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 : **Casa**

Le **25/10/2019**

Signature de l'adhérent(e) :

ACQUA

RELEVE 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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Dr. El Mekkaoui - Dr. A. Choueiri - Pharmacie - 05 22 52 70 11 - 1er étage - Casablanca - 202046754</i>	25/09/19	237,80

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

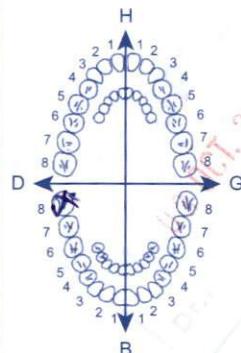
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

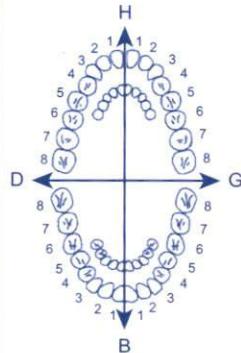
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
	X 8	8280	D 18
			Coefficient DES TRAVAUX D 18
			MONTANTS DES SOINS 300
			DEBUT D'EXECUTION 25/09/19
			FIN D'EXECUTION
			Coefficient DES TRAVAUX
			MONTANTS DES SOINS
			DATE DU DEVIS
			DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E

Dr. El Mekkaoui - Dr. A. Choueiri - Pharmacie - 05 22 52 70 11 - 1er étage - Casablanca

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													
	7 8	2200	D 18	COEFFICIENT DES TRAVAUX <i>D 18</i>												
		Acte Pro														
				MONTANTS DES SOINS <i>300 Dh.</i>												
				DEBUT D'EXECUTION <i>25/3/2009</i>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="0"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. KITANE Loubna
Chirurgien Dentiste
B. Dakar 1er Ray Inara
Casablanca
20/10/2010

Dr. KITANE LOUBNA
Chirurgien Dentiste
Diplômée de la Faculté
de Médecine Dentaire
de Casablanca

الدكتورة كتان لبنة
طبيبة جراحية الاسنان
دبلوم كلية طب الأسنان
بالدار البيضاء

Casablanca, le 25/9/2019

H, Raouz Ahmed

① Augmetin 1g

PPV: 126,30 DH
LOT: 610816
PER: 10/20

126,30 285/1; F

DIFAL®
Diclofénac sodique 50 mg
Boîte de 30 comprimés
PPV : 44,20 DH

② Difal 50mg

44,20 348/1 E

PPV: 14DH00
PER: 05/22
LOT: II1142

③ Doliprane 500 mg
1 comprimé de
closer sans dépasser 60/j

LOT 181036
EXP 02/2021
PPV 52.80 DH

④ Doedex 2mg

52,80
23730

Pharmacie Chirurgie Dentaire
Mohamed Amin Loubna
Dentiste Chirurgien Dentiste
1, Lot Qasr Al Bahr, Inara 1 - Ain Chock - Casablanca
Tél: 05 22 50 60 40 Email: dennani.d@gmail.com

Bd. Dakhla, Hay Inara n°83
1 er étage - Casablanca
Tél : 05 22 50 60 40

شارع الداخلة، حي الإنارة رقم 83
الطابق الأول. الدار البيضاء
الهاتف: 0522 50 66 40