

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



Déclaration de Maladie

N° W19-436269

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

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 Étage 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 : 12540 Société : A.A.M.
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MOUNTASSIR YASSINE
 Date de naissance : 03/08/1978
 Adresse : Lot NASSIM RES LES CHAMPS 3
 Tél. : 0667437448 Total des frais engagés : 1000,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/10/2019
 Nom et prénom du malade : MOUNTASSIR Yassine Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Maladies 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible][illegible]

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
		A M	P C	I M	I V	

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														
	36.	2nx.	7max2														
	46.																
	36.	Ena	D10.														
	47	cp.	D15														
	46	TC	D15														
		cp.	D15														
	46	nx.	7H.														
INP : 0924 Mtd 065																	
COEFFICIENT DES TRAVAUX			712 → D65														
MONTANTS DES SOINS			1000,00														
DEBUT D'EXECUTION			06/03/19														
FIN D'EXECUTION			02/10/19														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	G																
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction]																
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																
COEFFICIENT DES TRAVAUX																	
MONTANTS DES SOINS																	
DATE DU DEVIS																	
DATE DE L'EXECUTION																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT



Casablanca, le 02/10/19. الدار البيضاء في.
JNF: 094 140 065. ICE: 0017 093 45 0000 9.
JF: 143 78 025.

Note d'Honoraires.

- Nom du patient: MONTASSIR Yassine.

- Montant des Honoraires: 1000,00 Dhs

(Mittlerer Betrag),

11 OCT. 2019

BPR
DSS
Zb

Dr. KHAMLACH Hanae
Médecin Dentiste
Im. P19, R.D.C. N°1
Lotissement Riad Al Hadika
Casablanca-Tél: 0522 70 59 94

Dr.KHAMLACH Hanae

Médecin Dentiste / Orthodontiste

Endodontie - Soins - Prothèse - Chirurgie

Parodontie - Radio - Blanchiment



الدكتورة خملاش هناء

طبيبة أسنان / إختصاصية في تقويم الأسنان

العلاج اللبي - علاج - تعويض - جراحة

امراض اللثة - اشعة - تبييض

7

Casablanca, le 06 / 09 / 19 الدار البيضاء في

M. MOUNTASSIR Yassin e.

⑥ - LEVA max (19)

1 gr 2 α / 7 α 8 J

⑦ - NOUS PNAWG (19)

1 gr 3 α / 7 α 2 J

Dr.KHAMLACH Hanae
Médecin Dentiste
Imm P19, R.D.C, N°1
Boulevard Riad Al Hadiqa
Casablanca - Tél: 0522 70 59 94

العمارة P19. الطابق السفلي. الرقم 1. رياض الحديقة (أمام مدرسة البرج), سيدي مومن / الهاتف 05 22 70 59 94

Immeuble P19, RDC, N°1, Riad AL Hadika (En Face de l'école Alborj), Sidi Moumen / Tél : 05 22 70 59 94