

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

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

aire :

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.

die 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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05000

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MOUHINE Abdelhak

Date de naissance : 02/03/1961

Adresse : Lot. Sidi Abderrahmane rue 25 N° 26 ouffa Casa

Tél. : 06 61 89 11 81

Total des frais engagés :

743,2

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. OUKEKTOU Hajar
Chirurgie Dentaire et Orthodontie
Lot Habiba, Imm. 115
Oulfa - Casablanca
Tél.: 05 22 90 90 46

16/10/2019

Date de consultation : 15/10/2019

Nom et prénom du malade : Housseine Amara

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Extract

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 : 15/10/2019

Signature de l'adhérent(e) : *Houssine Amara*

Houssine Amara

Déclaration de Maladie

Nº P19- 0026840

Dentaire
 Optique

4918 Autres

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
15/10/19 ENV	Acte 4		600,00 Dhs	Dr. OUKEETTOU Hajar Chirurgia Dentaire et Orthodontie Lot Habiba, Imm. 115 Haj Fath Quifa - Casablanca Tél.: 05 22 90 90 46
(14/10/19)				
17)				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
	15/10/19	143,20

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 canalaire, ainsi que le bilan de

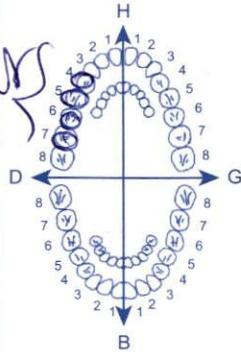
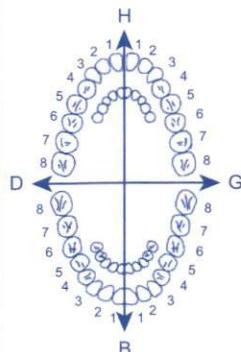
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
	J14	Dhs																
	J15	EV Dhs																
	J16	Dhs																
	J17	CV Dhs																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES																		
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																		
<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000		35533411	11433553	G			B		
H	25533412	21433552																
D	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
G																		
B																		
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																		
CCEFFICIENT DES TRAVAUX																		
MONTANTS DES SOINS																		
DEBUT D'EXECUTION																		
FIN D'EXECUTION																		
CCEFFICIENT 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 L'																		

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
	J14	D ₁₄	COEFFICIENT DES TRAVAUX ① <i>Hadj</i> 4
	J15	EXV D ₁₅	
	J16	D ₁₆	
	J17	D ₁₇	
	J18	D ₁₈	
<i>Dr. BOUKETTOU Hajar</i> <i>Chirurgie Dentaire et Orthodontie</i> <i>Centre de Santé et Réhabilitation Inn. 115 Haj Farhat</i> <i>Tél: 05 22 90 90 49</i> <i>Curia - Casablanca</i>			
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	H	G	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	25533412 00000000	21433552 00000000	
	D	B	
	00000000 35533411	00000000 11433553	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
MONTANTS DES SOINS			
DATE DU DEVIS			
DATE DE L'EXECUTION			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Hajar Oukettou Ep. Azzabi

Chirurgie dentaire et orthodontie

Diplômée de la Faculté de Médecine Dentaire de Rabat

Ex-Médecin attachée à la Mutuelle de l'ONCF



الدكتورة هاجر وكتبو
جراحة وتقويم إعوجاج الأسنان
خريجة كلية طب الأسنان بالرباط
طبيبة سابقة لدى تعاونية السكك الحديدية

Casablanca, le : ٢٠١٥/١٦

Ordonnance

Dr. OUKEUTTOU Hajar

Chirurgie Dentaire et Orthodontie

Lot Habiba, n° 115 Haj Fateh

Casablanca - Maroc

Tél.: 05 : 2 90 90 46

99,00

AM

(1)

Aclav (18)

44,20

(2)

2515 pdt 7mm

Bifal (long)

2515 pdt 6mm

= 143,20

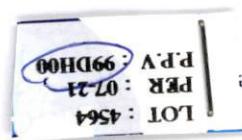


OUKEUTTOU Hajar
Chirurgie Dentaire et Orthodontie
Lot Habiba, n° 115 Haj Fateh
Casablanca - Maroc
Tél.: 05 22 90 90 46

N° 115, Lotissement Habiba - Haj Fateh - Olfa - Casablanca

رقم 115 ، تجزئة حبيبة - الحاج فاتح - الولفة - الدار البيضاء

Tél : 0522-90-90-46





CABINET DENTAIRE DR HAJAR OUKETTOU

Facture N° : 19110727

Casablanca le 15/11/15
Dr. OUKETTOU Hajar
Chirurgie Dentaire et Orthodontie
Patient : Hannane
CIN : Ar 019
Tél : 05 22 90 90 46

Acte	N° Dent	Honoraires
<i>ent</i>	<i>✓14</i> <i>✓15</i> <i>✓16</i> <i>✓17</i>	<i>600,00 DHs</i>
	Total	<i>600,00 DHs</i>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Demande

dia wt

N° 115, Lotissement Habiba, Haj Fateh Oulfa - Casablanca

IF : 18716758 - ICE : 001262644000038 - T.P : 36227518 - INPE : 094169539 - CNSS : 4947216

Tél : 05.22.90.90.46