

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.

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 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° W19-468828

5600

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 6704

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AZZABI KHADIJA

Date de naissance : 30-08-57

Adresse : RESIDENCE SURE N° 27

Tél. : 06 61 37 03 86

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : M. DÉDÉ KHADIJA

Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : SANS DÉTACHE

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 : CASABLANCA Le : 22 OCT. 2019

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-468828

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

22 OCT. 2019

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

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
.....	INP : <input type="text"/>
.....	
.....	
.....	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	
	
	
	
	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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	INP : 094012AS4
	25	EAV	D ₁₀	COEFFICIENT DES TRAVAUX D ₁₄₃
	26	EAL	D ₁₀	
Detourage (Arch wire)			D _{x2=10}	MONTANTS DES SOINS 2250
	24	CPI	D ₁₅	DEBUT D'EXECUTION 05/10/19
Pallum Relev			D ₃₄	
14 RT				FIN D'EXECUTION M110/19
Dr. Khadija HABBAL LAKE CHIRURGIEN - DENTISTE Spécialiste en Prostomatologie-Implantologie 03, Rue Ibnou Al Attar - Centre les Ressources Médicales Tél: 0522 23 50 48 - 0522 23 57 79 - Casablanca Patente: 35713378				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000	G	21433552 00000000
D	00000000	B	35533411	11433553
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
<img alt="Diagram of upper teeth with points A, B, C				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Khadija HABBAL

Docteur en Chirurgie Dentaire
 Parodontologie - Implantologie
 Post-graduate New-York University

الدكتورة خديجة هبّال

طبيب جراحة الأسنان
 اختصاصي في أمراض اللثة
 وغرس الأسنان

(06.05.10119)

Réponse

Dr. Khadija HABBAL LAKHAL
CHIRURGIEN - DENTISTE

Spécialiste en Parodontologie-Implantologie
 03, Rue Ibnou Al Arif Résidence Yasmina Maârif
 Tél: 0522 23 81 48 - 0522 23 57 79 - Casablanca
 INP: 094012754 - Patente: 35713678

Je souhait pour

*atteindre un niveau de somme de
 2250 DH (Deux mille deux cent
 cinquante dirhams) au profit
 aux fins d'entretien effectuer à
 M. Azzouzi (اززوز)
 pour financer son utilisation de certains*

Frais à l'heure

Dr. Khadija HABBAL LAKHAL
CHIRURGIEN - DENTISTE

Spécialiste en Parodontologie-Implantologie
 03, Rue Ibnou Al Arif Résidence Yasmina Maârif
 Tél: 0522 23 81 48 - 0522 23 57 79 - Casablanca
 INP: 094012754 - Patente: 35713678

3, Rue Ibnou Al Arif (Résidence Yasmina) -Maârif- Casablanca

Tél. et Fax : 05 22 23 81 48 / 05 22 23 57 79

Email : khadijahabbal@gmail.com

Dr. Khadija HABBAL LAKEHALFARID
CHIRURGIEN - DENTISTE
Spécialiste en Parodontologie/Implantologie
03, Rue Ibnou Al Ain Rechâfié Yasmina Maârif
Tél: 0522 23 81 48 - 0522 23 57 79 - Casablanca
INP: 093012771 - Patente: 35713671

Né(e) le : 30/08/1957

