

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

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



Accord sur le cadre
Rh

Déclaration de Maladie : N° P19- 0002659

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01137 Société : RM - L705

Actif Pensionné(e) Autre

Nom & Prénom : LOUDINI Ahmed Date de naissance :

Adresse :

Tél : 0666 177790 Total des frais engagés : 30 OCT. 2019 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/10/2019

Nom et prénom du malade : IMANE LOUDINI Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : prothèse dentaire 6107.10021

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 :/...../.....

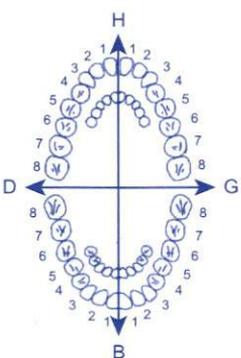
Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

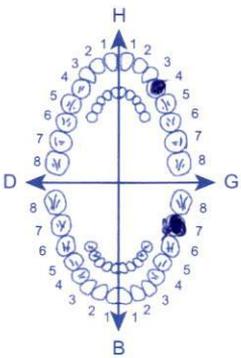
Important :

Veillez 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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100%;" type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100%;" type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/>

17 OCT. 2019

Avec D360
prothés
gll

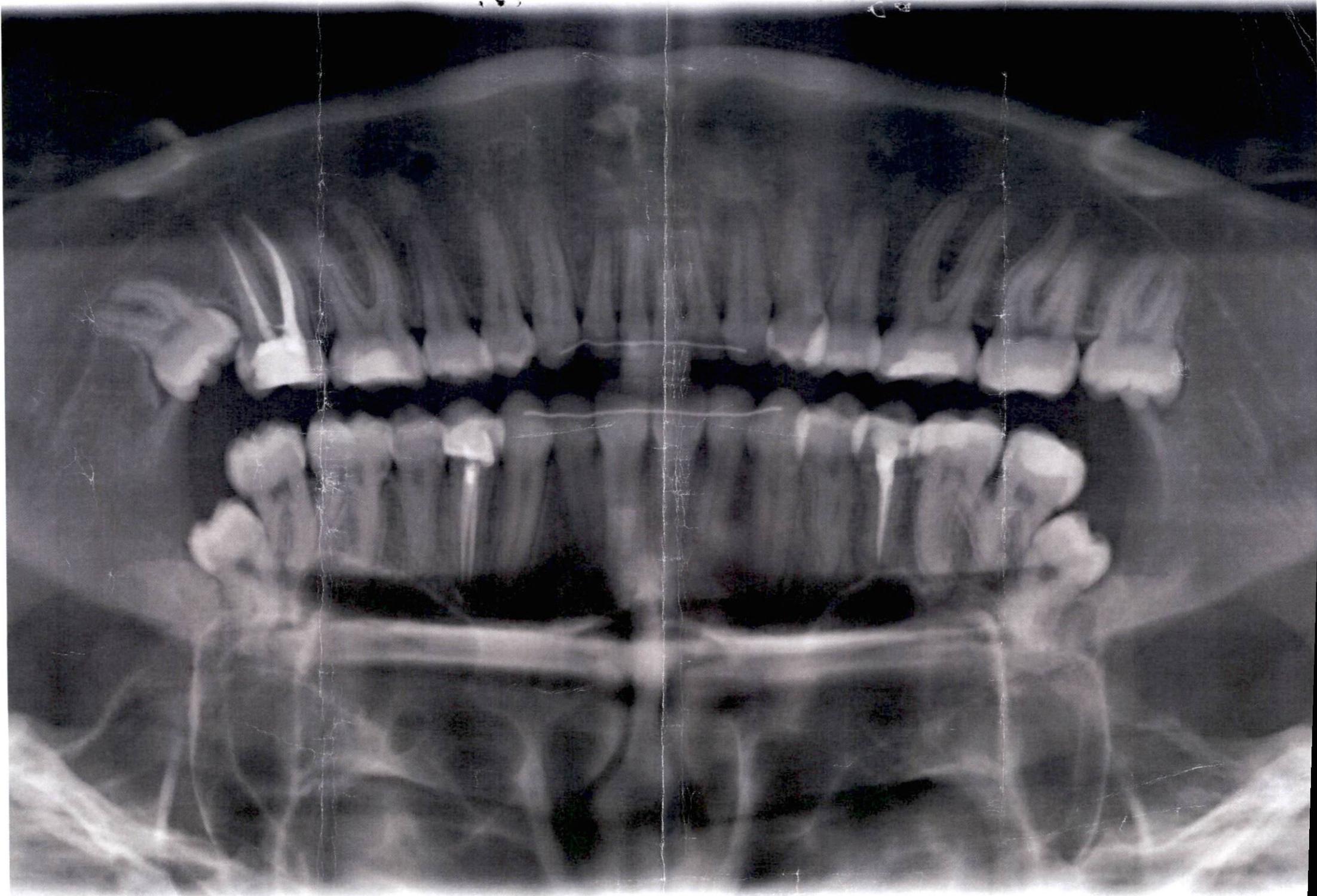
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">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</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100%;" type="text" value="D360"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B																
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100%;" type="text" value="10,000"/>															
<p style="font-size: 1.5em; font-weight: bold;">Les connexions que sont les dents 24 et 37</p>	DATE DU DEVIS <input style="width: 100%;" type="text" value="10/10/19"/>															
	DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text" value="28/10/19"/>															

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. ALI ELHAMID
 Médecin Dentiste
 16, rue...
 05 23 30...
 09 0003...

Dr. ALI ELHAMID
 Médecin Dentiste
 16, rue...
 05 23 30...
 09 0003...



Dr. Ali El-Masoudi
Medical Director
Clinical Director
11/10/19

LOUDINI Imane
ID 6689
DOB 29/07/97



Scale: 117%



11/10/19 75,0kV 8,0mA 15,1s 112,1mGy×cm²

Clinique Dentaire Casablanca
Pr. Ali EL HAMID
16, Bd Abdelkrim Al Khattabi,
Val d'Anfa, Casablanca.
Tél : 0522360807/0522399890

Casablanca, le 28/10/2019

FACTURE

Reçu la somme de 10 000 dhs (Dix mille dirhams) honoraires des soins
dentaires effectuées à M LOUDINI Imane

Signé :



The image shows a handwritten signature in blue ink. Behind the signature is a faint, circular blue stamp. The text in the stamp is partially legible and appears to read: 'Dr. Ali EL HAMID', 'Médicine Dentaire', 'Clinique Dentaire Casablanca', and 'Tél : 0522360807'.