

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.

Diagnostic 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



D/RB

12/8

Déclaration de Maladie : N° P19- 0016744

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 048 M Société : RAN

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : AKESBI HABIB Date de naissance :

Adresse : 007 AL MOUSTAKHARIN 12 N°6

Tél. : 0670 34227 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/10/2019

Nom et prénom du malade : AKESBI HABIB Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Extraction dentaire

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) : ACCUEIL



RELEVÉ 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
Pharmacie EL MOSTAKBAL GHARAB Abdelhadi PHARMACIEN Bd/Br Hassan Hay El Mostakbal Ain Chock Casablanca 20150 Tél : (022) 21.99.76	21/10/19	92,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		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 :

Veillez 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													
	38	Attache	Dro.	COEFFICIENT DES TRAVAUX Dro												
				MONTANTS DES SOINS 300,00												
				DEBUT D'EXECUTION 21-10-19												
				FIN D'EXECUTION 21-10-19												
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>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	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. SALMA FARDEHSITSEN
 2019, Angle Appt N° 3,
 Hay Al Oudaya - Ain Chock - Casablanca
 05 22 21 79 49

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

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

(Signature)



CENTRE DENTAIRE AL OUSRA

Dr. SALMA EABDENBITSEN
Chirurgien - Dentiste

Ordonnance

Casablanca le: 21.10.19

AKESBI HABI'S

SS, 2

1. Amoxicil 1gcp
1cp 2x/j pendant 6j

14,80

2. Doloshop 1000mg
1cp. 3x/j pendant 3j

22,90 1cp à prendre dans l'immédiat

3. Encosent

92,70 Passage successif 2x/j p't 7j
à commencer 24h après l'extrac.

PPV: 55,00 DH
LOT: 6/19193
PER: 01/21

14,80

22,90

Pharmacie EL MOSTAKBAL
GHRIB Abdelhadi
PHARMACIEN
63, Bd Arfoud Hay El Mostakbal
Aïn Chok Casablanca 20150
Tél: (022) 21.99.76

Dr. SALMA EABDENBITSEN
Chirurgien - Dentiste
Bd Amgala Appt N° 3,
Hay Al Ousra 1, Aïn Chok - Casablanca
Tél: 05 22 21 79 49

209, Bd Amgala Appt N° 3, Hay Al Ousra 1, Aïn Chok - Casablanca
Tél.: 05 22 21 79 49 - E-mail: salma.eabdenbitsen@gmail.com
IF : 15192896 - Patente : 34011008 - CNSS : 4126026
ICE : 00159729800027 - INPE : 094167863



CENTRE DENTAIRE AL OUSRA

Dr. SALMA EABDENBITSEN
Chirurgien - Dentiste

Facture 145 119

Casablanca le: 21.10.19

Patient : AKESBI HABIB

Acte	N° Dent	Honoraires
extraction	38	300.00 DHS
Total		300.00 DHS

Arrêtée la présente facture à la somme de : Trois cent Dinars