

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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

biologie 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.

ique :

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

éducation :

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.

taire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

adie 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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0037908

Optique **7278** Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **02492**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **LAQALACH HASSAN**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **0666 3324 62** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : **LAQALACH 20 HMA** Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **Sin dents**

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.

04 NOV. 2019

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) :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21.09.2019	125,40

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	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
		consultation	$\frac{D_4}{D_4}$	
	M	AW	$\frac{P_2}{P_2}$	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	23	NSV	$\frac{P_2}{P_2}$	MONTANTS DES SOINS
				# 800
				DEBUT D'EXECUTION
				21.09
				FIN D'EXECUTION
				24.09

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

~~DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE~~

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch (maxilla) with teeth numbered 1 through 8 on both the upper and lower arches. Each tooth is accompanied by a small circle containing a symbol representing orthodontic treatment or status:

- Upper Arch:**
 - Tooth 1: Circle with a vertical line.
 - Tooth 2: Circle with a horizontal line.
 - Tooth 3: Circle with a diagonal line.
 - Tooth 4: Circle with a cross.
 - Tooth 5: Circle with a dot.
 - Tooth 6: Circle with a question mark.
 - Tooth 7: Circle with a checkmark.
 - Tooth 8: Circle with a question mark.
- Lower Arch:**
 - Tooth 1: Circle with a vertical line.
 - Tooth 2: Circle with a horizontal line.
 - Tooth 3: Circle with a diagonal line.
 - Tooth 4: Circle with a cross.
 - Tooth 5: Circle with a question mark.
 - Tooth 6: Circle with a question mark.
 - Tooth 7: Circle with a checkmark.
 - Tooth 8: Circle with a question mark.

The arch is oriented with **H** at the top, **D** on the left, and **B** at the bottom.

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

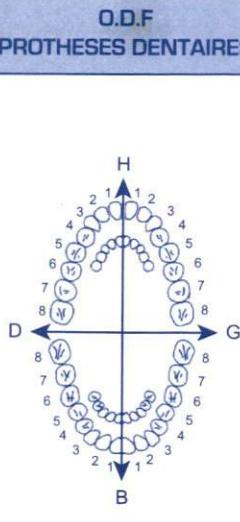
Dr A. MECHANIA
DATE DE
L'EXECUTION
Chirurgien Dentiste - Implantologu.
Orthodontiste - Casablanca
Tél: 05 22 60 80 77

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

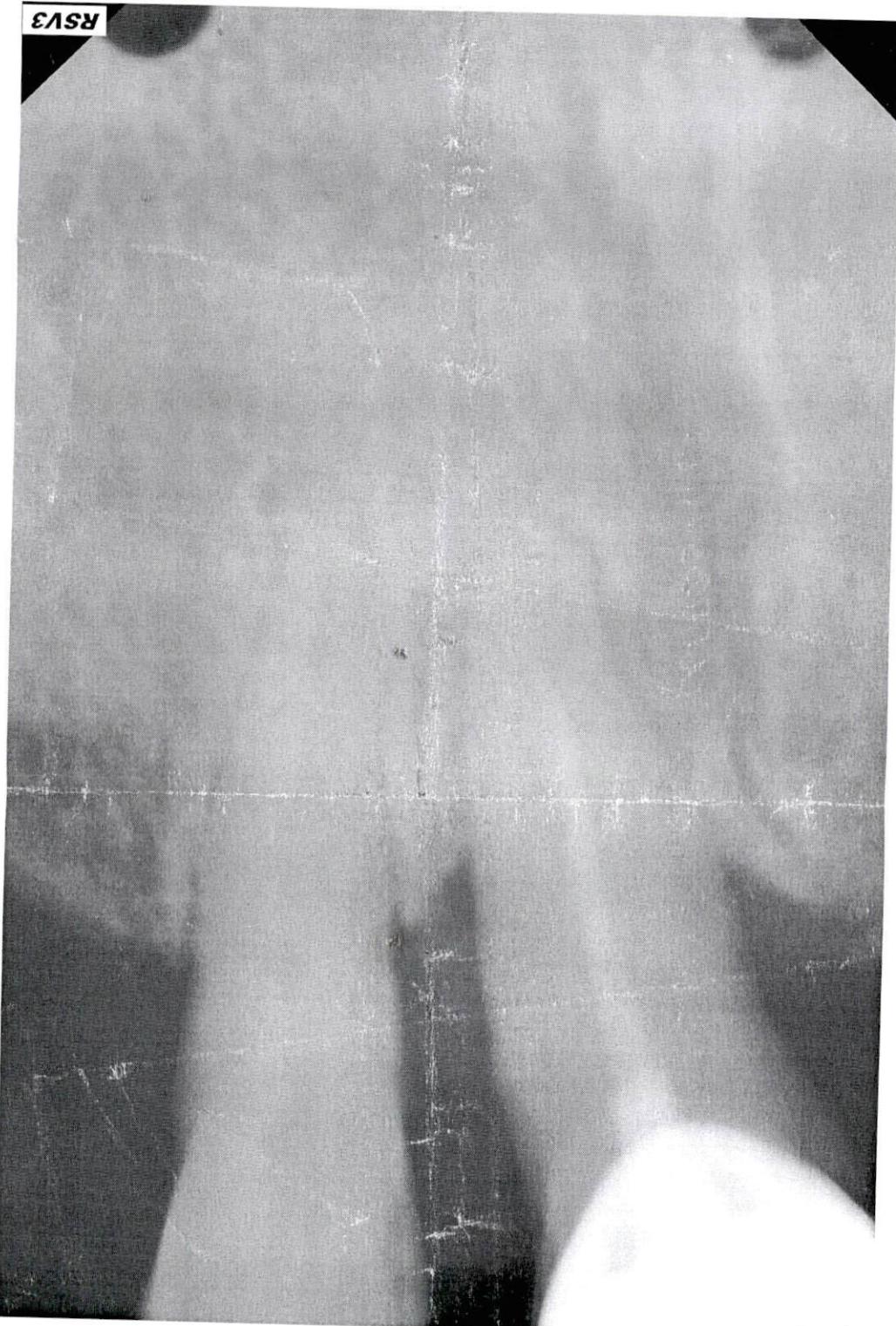
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
	U	D ₄		CŒFFICIENT DES TRAVAUX D _{1b}											
	M	NSV	D ₂												
	23	NSV	D ₂												
				MONTANTS DES SOINS # 800-											
				DEBUT D'EXECUTION 21.09.19											
			FIN D'EXECUTION 24.09.19												
	O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE	CŒFFICIENT DES TRAVAUX												
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">H</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">25533412</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">B</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">G</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"></td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"></td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			
	H	25533412	21433552												
	D	00000000	00000000												
B	35533411	11433553													
G															
	[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. Arnaud MECHANIC
Orthodontiste - Chirurgien Dentiste - Implantologue
Tél: 05 55 66 00 77



Date de prise du cliché : 23/09/2019

Dents : 11

Commentaires :

Dr.Aziz MECHAIA
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste - Implantologue
Casablanca
Tél: 05 22 60 80 77

Docteur Aziz Mechaïa

الدكتور عزيز مشياع

Chirurgien Dentiste

طبيب جراحي للأسنان

Orthodontiste

اختصاصي في تقويم اعوجاج الأسنان

79,90

S.V

Casablanca

- بضاعة

DR. AZIZ MECHAIA
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste - Implantologue
Casablanca - Tél: 05 22 60 80 77

45,50

S.V

- قطة

45,50

125,40



DR. AZIZ MECHAIA
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste - Implantologue
Casablanca - Tél: 05 22 60 80 77

PPV:79DH90
PER:09/20
LOT:H1951

LOT:M19006
EXP:DEC 2021
PPV:45,50 DH