

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.

iologie 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



Déclaration de Maladie

Dentaire
RED
DOS n°
8337

N° P19-0048580

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1418 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : GHAMMARIE MOHAMMAD

Date de naissance : 28/12/1951

Adresse : lot BYNMER Rue 5 N° 5 Casablanca

Tél. : 066/419162 Total des frais engagés : 1402 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : EL HASNAOUI LEILA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Son dentiste

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 : 25/10/2018

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
Pharmacie des Pa... 12256982-0000 65)	le) 65)	102,00 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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.

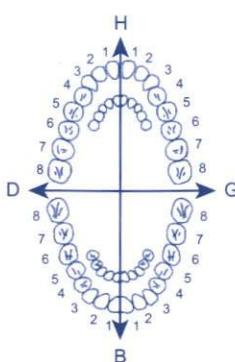
Important :

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

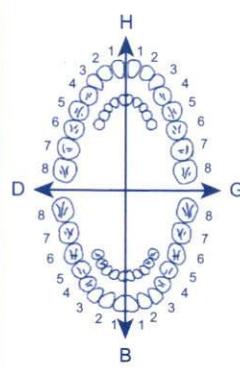
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

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			
	26	cp3f D	11	COEFFICIENT DES TRAVAUX		
	26	cloudy D	10	MONTANTS DES SOINS		
	26	cp3f D	11	DEBUT D'EXECUTION		
	26	cp3f D	11	FIN D'EXECUTION		
	26	cp3f D	11			
	26	cp3f D	11			
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE					
	H	25533412	21433552	COEFFICIENT DES TRAVAUX		
	D	00000000	00000000	MONTANTS DES SOINS		
	G	00000000	00000000	DATE DU DEVIS		
	B	35533411	11433553	DATE DE L'EXECUTION		
	H	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
	D					
G						
B						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr BERRADA Fatima-Zahra

Médecin dentiste

Diplômée de l'Université de
Bourgogne Dijon France
en orthopédie dento-faciale

Diplômée de L'Université Hassan II
en Urgence Médicale et chirurgicale
de l'enfants et de l'adulte



CENTRE DENTAIRE

د. برادة فاطمة الزهراء
طبيبة الأسنان

خريجة جامعة طب الأسنان في ديجون فرنسا
تخصص تقويم الأسنان

خريجة كلية الحسن الثاني لطب الأسنان
تخصص طوارئ الأسنان الطبية والجراحية
للأطفال والكبار

ORDONNANCE

Fatima El HAGNAoui

Lector

26 : cp 3f D 11
26 : étoucheuse D 7 # 7421300

Allez 28/10/2013

N°12, Rue Oumaima Saih, App 4 ETG 2, Quartier Racine
20100 - Casablanca

☎ 0522 95 80 70

☎ 0662 07 47 08

Dr BERRADA Fatima-Zahra

Médecin dentiste

Diplômée de l'Université de
Bourgogne Dijon France
en orthopédie dento-faciale

Diplômée de L'Université Hassan II
en Urgence Médicale et chirurgicale
de l'enfants et de l'adulte



CENTRE DENTAIRE

د. برادة فاطمة الزهراء

طبيبة الأسنان

خريجة جامعة طب الأسنان في ديجون فرنسا

تخصص تقويم الأسنان

خريجة كلية الحسن الثاني لطب الأسنان

تخصص طوارئ الأسنان الطبية والجراحية

لأطفال والكبار

ORDONNANCE

Hme CHAMMARE Les Ut

(8) Borodogyl (S.V.)

102,00% 3er/8
BIRO DO GYL
CP PEL B15
P.P.V : 102DH00
6 118000 060567
 $T = 102,00$

14mehr
cep midif pft
lcpsonr. fsi

d Case 28/10/2013

Pharmacie des oasis

12256943 2050
106 - oasis

Dr. BERRADA Fatima-Zahra
Médecin Dentiste
N°12 Rue Oumaima Saiti, App. 4 EG 2, Quartier Racine
Casablanca
Tél: 0522 56 80 10 / GSM: 0962 07 47 08

N°12, Rue Oumaima Saiti, App. 4 EG 2, Quartier Racine
20100 - Casablanca



0522 95 80 70



0662 07 47 08