

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.

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.

Optique :

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.

Prothèse :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

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



Déclaration de Maladie

N° P19-0048580

Dentaire
RED
DOS n°
8337

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1418 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : GHAMMATE MOHAMMAD

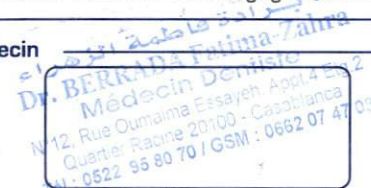
Date de naissance : 28/12/1951

Adresse : 61 GYNMER Rue 5 N° 5 ORAIS 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 : non 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 : CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) :



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 des P... 122 25 69 83 - 04 41 18 25 16 Rue Jules Gros	16	102,12 DH

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
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
	26	Op 3/4 D	11	COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION
	27	Op 3/4 D	11	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 00000000 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

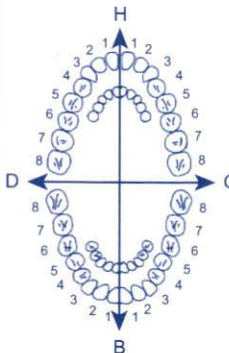
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

RELEVÉ 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	Op3	11	<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DEBUT D'EXECUTION</p> <p>FIN D'EXECUTION</p>																					
	26	Op3																							
	<p align="center">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td align="center" colspan="2">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td align="center">25533412</td> <td align="center">21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td align="center">00000000</td> <td align="center">00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td align="center">D</td> <td align="center">G</td> <td></td> </tr> <tr> <td align="center">00000000</td> <td align="center">00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td align="center">35533411</td> <td align="center">11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td align="center" colspan="2">B</td> <td></td> </tr> </table> <p align="center">(Création, remont, adjonction)</p> <p align="center">Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H			25533412	21433552		00000000	00000000		D	G		00000000	00000000		35533411	11433553		B			<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DATE DU DEVIS</p> <p>DATE DE L'EXECUTION</p>
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D	G																							
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	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

Facture El HASSANOU
Leila

26; CP 3/15
26; etanchéité Ds 1/15

Almou 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

ORDONNANCE

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

Mme CHAMMARTE Laila

Paro-dogyl



102.00
BIRODOGYL
CP PEL B15
P.P.V.: 1020H00
6 118000 060567

T=102.00

1p mahn
rep midi
rep soir.

28/10/2019



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

0522 95 80 70

0662 07 47 08