

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 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

La 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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° W19-478615

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12390 Société : RAD

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BEN RHANNOU ADIL

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 2675 Total des frais engagés : #600,00# Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : ADIL Ben Rhannou Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Douleur 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 : CASA Le : 12 / 11 / 19

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible][illegible][illegible]

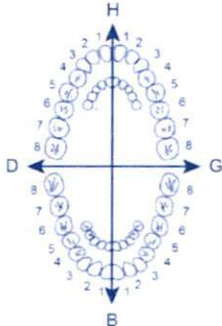
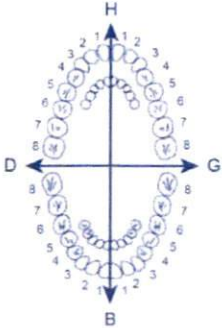
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <u>094814033</u>												
		<u>Détartrage Olf</u>		COEFFICIENT DES TRAVAUX <u>0202</u>												
				MONTANTS DES SOINS <u>6000H</u>												
				DEBUT D'EXECUTION <u>01/11/19</u>												
				FIN D'EXECUTION <u>01/11/19</u>												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	B															
	00000000	00000000														
	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. EL KATTAR Imane
Chirurgienne Dentiste

Dr. EL KATTAR Imane
Chirurgienne Dentiste
8d Yacoub El Manssour, 159 Bis Entrée
Erg. 3 N°11 - Casablanca
Tél: 0522 99 00 66

NOTE D'HONORAIRES

Nom et prénom du patient :

ASIL Benchamou

Nom et prénom du médecin dentiste :

Elhatab Imane

N° de L'INPE : 094184033

N° de L'ICE : 002065760000062

N° de L'IF : 25204744

Identifiant à la taxe professionnelle : 35800507

Dr. EL HATTAB Imane
Chirurgienne Dentiste
Bd. Yacoub El Manssour, 159 Bis Entrée A
Etg. 3 n°11 - Casablanca
Tél.: 0522 99 00 66

Date : 07/11/2019

أسنان معالجة Dents traitées	رمز العمليات Valeur clé	تاريخ العمليات Dates des actes	معامل العمليات Lettre clé +cotation NGAP	قيمة العمل Valeur clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأسنان Signature et cachet du médecin dentiste
✓	0708	07/11/19	D	12x2	6000DH	<p>Dr. EL HATTAB Imane Chirurgienne Dentiste Bd. Yacoub El Manssour, 159 Bis Entrée A Etg. 3 n°11 - Casablanca Tél.: 0522 99 00 66</p>

Montant global : 6000DH

Signature et cachet

Adresse : 159 Bd Yacoub El Manssour, entrée A, étage 3, appartement 11.

Téléphone : 0522990066

E-mail : centredentaireyacoubelmanssour@gmail.com

Dr. EL HATTAB Imane
Chirurgienne Dentiste
Bd. Yacoub El Manssour, 159 Bis Entrée A
Etg. 3 n°11 - Casablanca
Tél.: 0522 99 00 66