

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



Dos n° 9975 Dentaire
REM.

Déclaration de Maladie : N° P19- 0020529

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1578 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : KHAMLI KHADIJA Date de naissance : 1-1-47
 Adresse : KASR NOUZIHA, Casablanca
 Tél. : 0661181761 Total des frais engagés : 4.400 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : KHAMLI KHADIJA Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Prothèse 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 : 20 / 11 / 19

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

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 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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

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 :

Veillez 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	
	15	Composit	D15	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text" value="D15"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="4200"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text" value="18/11/2019"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE	CCEFFICIENT DES TRAVAUX												
	<table><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	<div>D200</div>
	H	25533412	21433552											
	D	00000000	00000000											
	G	00000000	00000000											
	B	35533411	11433553											
	<div>(Création, remont, adjonction)</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div>	<div>MONTANTS DES SOINS</div> <div>4000</div>												
	<div>462 Couronne</div> <div>line unique</div>	<div>DATE DU DEVIS</div> <div></div>												
		<div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div>20/11/19</div>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Le 20/11/2019

N .B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

Casablanca, le 20/11/2019

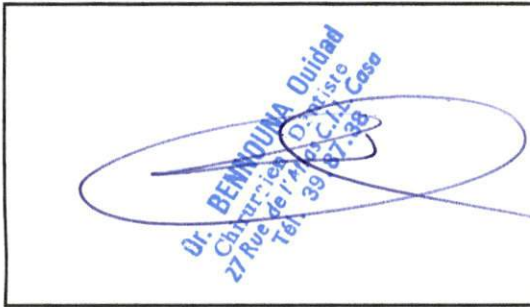
Note d'honoraire

Patient : Mme KHAMLIHI KHADIJA (2379)

Dent	Acte	Honoraire
15	COMPOSITE	400,00
46	COURONNE CERAMO CERAMIQUE "CCC"	4 000,00
TOTAL		4 400,00

Somme arrêtée à : quatre mille quatre cents dirhams

Cabinet Docteur Ouidad Bennouna



IF : 51215340

ICE : 001680907000065

27، زنقة الأطلس - سيال - الدار البيضاء - الهاتف : 0522398738/0663797997

27, Rue de l'Atlas Hay Salam - C.I.L. - CASABLANCA - Tél. : 05 22 39 87 38/ 06 63 79 79 97

Casablanca, le 20/11/2019

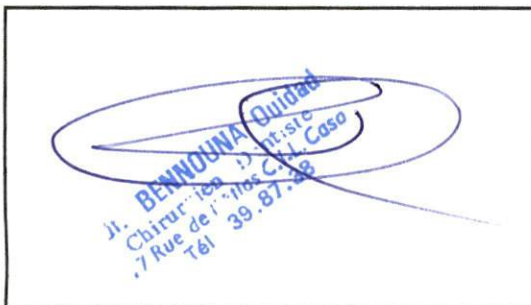
Note d'honoraire

Patient : Mme KHAMLIHI KHADIJA (2379)

Dent	Acte	Honoraire
15	COMPOSITE	400,00
46	COURONNE CERAMO CERAMIQUE "CCC"	4 000,00
TOTAL		4 400,00

Somme arrêtée à : quatre mille quatre cents dirhams

Cabinet Docteur Ouidad Bennouna



IF : 51215340

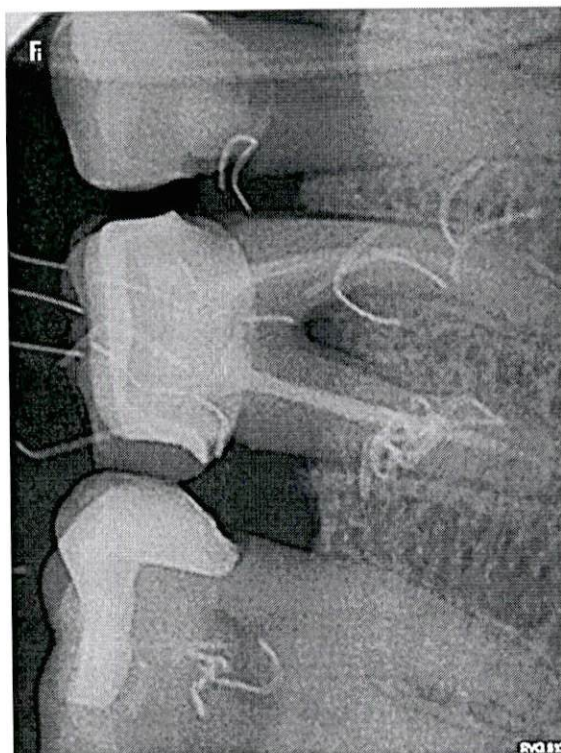
ICE : 001680907000065

27، زنقة الأطلس - سيال - الدار البيضاء - الهاتف : 0522398738/0663797997

27, Rue de l'Atlas Hay Salam - C.I.L. - CASABLANCA - Tél. : 05 22 39 87 38/ 06 63 79 79 97

Rasio an
an
Lom
diferencia
on 46

PERINQUONA Ouidad
Calle 14a, 39
C.A. Casa
Tel: 39 81 38



Lin

Depin

Courene

unresolvin



Lin