

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

Conditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être correctement 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.

que :

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

Education :

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.

Prothétique :

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 traitements canalaire.

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° P19-0037352

Maladie Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 03109

Dos n°
10302

Optique

R/D

Autres

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHERQUAOUI MOHAMMED

Date de naissance : 01.01.1950

Adresse : 19, Rue ABU GHIAEB CITADELLE CASABLANCA

Tél. : 0661 3072 44

Total des frais engagés :

25 000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/11/2019

Nom et prénom du malade : CHERQUAOUI

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 : Casablanca

Le : 28/11/2019

Signature de l'adhérent(e) :



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'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
13 DEC. 2019				
Dr. Kaid El Achtar - Fatima				
A ce				
FIN D'EXECUTION				
D 1800 Raads				

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
H 25533412 21433552 D 00000000 00000000 B 00000000 00000000 G 35533411 11433553				
36,38,34,33,32 31,41,49,43 44				
D 1800 x 102 = D 1800				
DATE DE L'EXECUTION				
81/11/20				

Dr. Abdellatif EL OMARI
Chirurgien Dentiste
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
Dr. Abdellatif EL OMARI
Chirurgien Dentiste
1, Rue Kaid El Achtar - Maârif
Casablanca - Tel.: 022.25.82.43

Dr. Abdellatif EL OMARI
Chirurgien Dentiste
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION
1, Rue Kaid El Achtar - Maârif
Casablanca - Tel.: 022.25.82.43

Dr. Abdellatif Elomari

Chirurgien Dentiste

ORTHODONTIE - IMPLANTOLOGIE

D.I.U orthopédie-dento faciale
de l'université de Bourgogne
Dijon-France



Casablanca, le

09/01/2020

الدكتور عبد اللطيف العمري

طبيب جراحي للأسنان

تقديم إعوجاج الأسنان

زرع الأسنان

خريج جامعة بوركرون

ديجون - فرنسا

نº - CHERQUAOUI MOHAMED

Bridge sur 10 dents 36,35,34,33
32 31,41,42,43,44

$1800 \times 10 = 18000$

25000,00 Dhs.

Vingt cinq mille dirhams

INP
09401182

INP
094011822

~~DR. Abdellatif EL OMARI
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste
1, Rue Kaid El Acha - Maârif
Casablanca - Tel.: 052258243~~

Dr. Abdellatif Elomari

Chirurgien Dentiste

ORTHODONTIE - IMPLANTOLOGIE

Patient: D.I.U orthopédie-dento faciale
de l'université de Bourgogne

ID: Dijon

Dentiste:

Date de l'image:



الدكتور عبد اللطيف العمري

طبيب جراحي للأسنان

تقسيم لجامعة الأسنان

زرع الأسنان

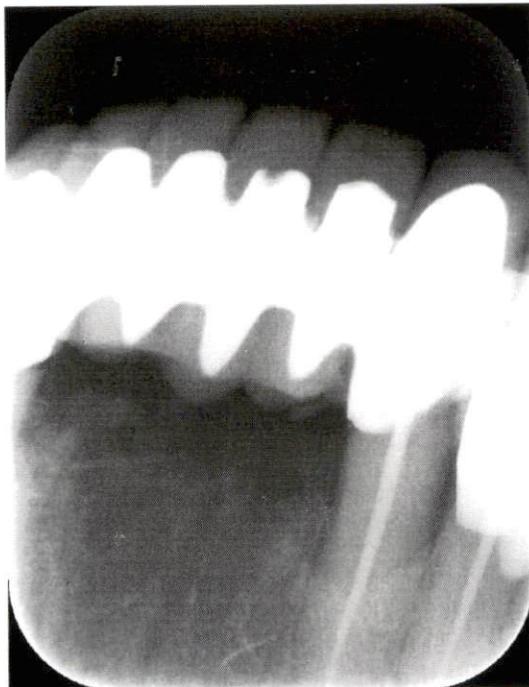
خريج جامعة بوركين

ديجون - فرنسا

Dentition: *Antécédents, le*

09/01/2020 12:31

الدار البيضاء، في



Diagnostic

*Dr. Abdellatif EL OMARI
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste
1, Rue Caid El Achtar - Maârif
Casablanca - Tel.: 022.25.82.43*

Dr. Abdellatif Elomari

Chirurgien Dentiste

ORTHODONTIE - IMPLANTOLOGIE

Patient: D.I.U orthopédie-dento faciale
de l'université de Bourgogne
Dijon

Dentiste:

Date de l'image:

Dentition:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....