

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.

Educations :

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.

Maladie chronique :

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 traitement 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

Prendre 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.

AS : 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- 0045497

RIID

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2585

Société : LAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENCHEKRAUN FATIHA

Date de naissance : 28 / 1 / 1957

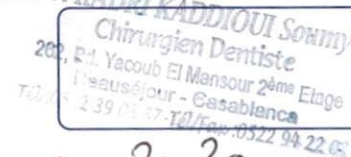
Adresse : 180 Rue ENNASSRINE HAY LAHA CAS

Tél : 068938 0990

Total des frais engagés : 1077,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08 / 01 / 2020

Nom et prénom du malade : CHERKAOUI Abdelhak Age: 69 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Carie dentaires

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 13/01/2020

Signature de l'adhérent(e) :

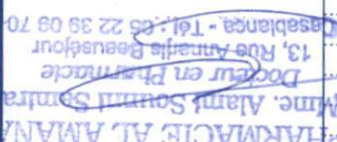
Fatiha



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
	08/01/20	99.2

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

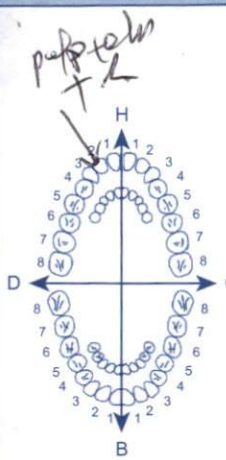
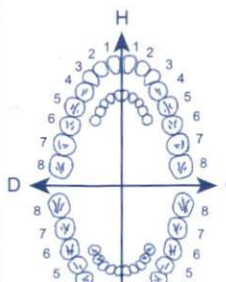
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
	12	pulp + 2	D30	COEFFICIENT DES TRAVAUX D36												
				MONTANTS DES SOINS 1000												
				DEBUT D'EXECUTION 08/01/20												
				FIN D'EXECUTION 13/01/20												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE												
				<table border="1"> <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
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				MONTANTS DES SOINS												
				DATE DU DEVIS												

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															
	12	pulp + L	D30 + D6	COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				D36														
				MONTANTS DES SOINS														
				1000000														
				DEBUT D'EXECUTION														
				08/01/2020														
				FIN D'EXECUTION														
				13/01/2020														
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. KADRI KADRI
Dentiste
402, Bd. Yacoub El Mansour 2ème Etage
Bordj - Algérie
Tél: 03 67 74 03 22

PPV: 55,00 DH
LOT: 621932
PER: 03/21

PPV: 22DH20

PER: 06/21

LOT: I1514

دكتورة قادري قديوي سمي

طبيبة جراحية للأسنان
اختصاصية في زراعة وتقويم الأسنان



Chirurgie - Implant - Prothèse - Orthodontie - Blanchiment

Ordonnance

DR. KADRI KADOU Abdour Zak

le 07/09/2020

55,00

- ATROXIL

22,20

- CODOCIPRANE



Dr. KADRI KADDOU SONNI
Chirurgien Dentiste
262, Bd. Yacoub El Mansour 2ème étage
101522 94 22 03 Tél / Fax

T= 77.20

262, شارع يعقوب المنصور الطابق الثاني - الشقة 16 - الهاتف: 05 22 94 22 03

262, Bd Yacoub El Mansour 2 ème étage - Appt 16 - Tél / Fax : 05 22 94 22 03



Identifiant fiscal 51146555

±CE 0016 55 348 00000 3

Patient 34808947

Chirurgie - Implant - Prothèse - Orthodontie - Blanchiment

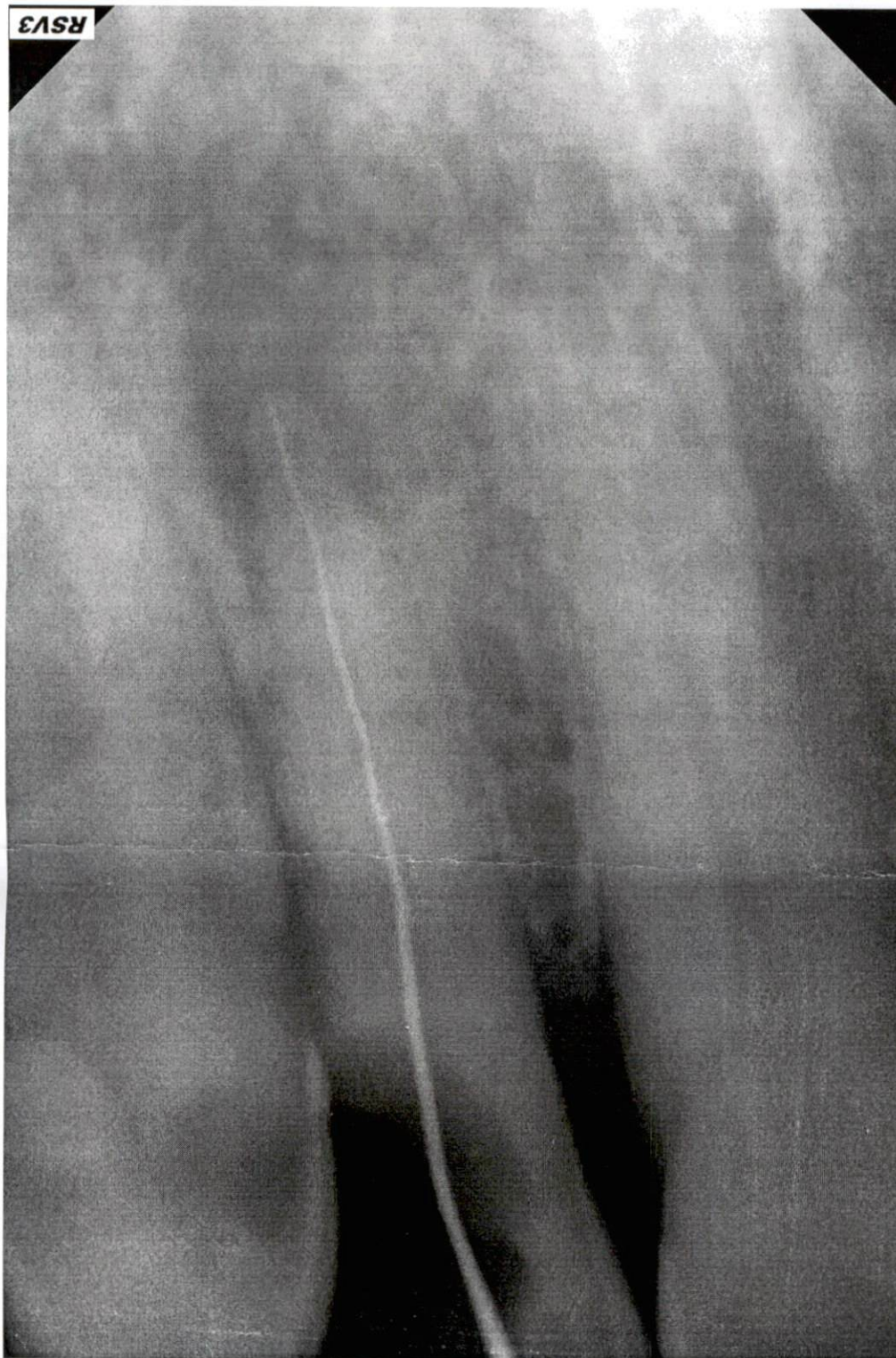
Facture 4/20

Ordonnance

Facture le 13/01/2020

Je soussigné DOCTEUR KADIRI SOUMYA
avoir réalisé le soin dentaire consistant
à l'ablation de la carie de la dent
17/01/2020 au 13/01/2020 dont le
montant total s'élève à la somme
DE MILLE MARCHS (1000 Mt)
ARRÊTÉE LA PRÉSENTE FACTURE
À LA SOMME DE MILLE MARCHS
(1000 Mt)

Dr. KADIRI KADDIOUI Soumya
Chirurgien Dentiste
262, Bd. Yacoub El Mansour 2ème étage
Deauville, Casablanca
Tél : 05 22 94 22 03 - Fax : 05 22 94 22 03



Date de prise du cliché : 08/01/2020

Dents :

Commentaires : radio12 lime en place

Dr. KADRI KADDIOUI Soumya
Chirurgien Dentiste
262, Bd. Yaacoub El Mansour
Rue du Jour - Casabl.
Tél : 33 20 87 77 05
19 77 05