

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 canalaires, 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 canalaires.

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



~~Accord + P.E.C~~
ND = 6211 ← R/S

Déclaration de Maladie : N° P19-0002367

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 366 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MESSAOUDI Med Date de naissance : 1939

Adresse :

Tél. : 05 22 89 61 20 Total des frais engagés : 16.000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur Khalid CHANNANI

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/10/2019

Nom et prénom du malade : CHAKIR MICHAËL Ep MESSAOUDI

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 charte relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 03/11/2019

Signature de l'adhérent(e) : MESSAOUDI

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
	15 NOV. 2019		

COEFFICIENT DES TRAVAUX

 MONTANTS DES SOINS

 DEBUT D'EXECUTION
 FIN D'EXECUTION

1460
 Rx a ps avec Bon
 et stell

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B																
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS														
- Bridge des 14-22		DATE DU DEVIS														
- PAP HC: 15161724252627		DATE DE L'EXECUTION														
- Stellite for: 36-37-47																

D180x7
 D120+D55
 D120+D55

 16000,-

 25 OCT. 2019

 15 JAN. 2020

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Docteur Khalid CHANNAWI
 Chirurgien Dentiste
 Soins Dentaires - Parodontologie
 Orthodontie Adultes - Esthétique
 Implantologie Orale - Dentisterie Esthétique
 Tél.: 05 22 47 01 70 / 08 08 42 43 12

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Khalid CHANNAWI
 Chirurgien Dentiste
 Soins Dentaires - Parodontologie
 Orthodontie Adultes - Esthétique
 Implantologie Orale - Dentisterie Esthétique
 Tél.: 05 22 47 01 70 / 08 08 42 43 12



FLEXION

- Bridge Cer 14-23.
- PAP Inox : 15.16.17.24.25.26.27
- Stellite bus : 36.37.47

Conf: D180x7 / D120 + D55 + D55

Matur: 16000

Serie Implants

Patente 30200866
ICE 002035597000051

Docteur Khalid Channawi
Chirurgien-Dentiste
Soins Dentaires - Orthodontologie
Orthodontie : Enfants - Dentisterie Esthetique
Implantologie Orale
Tel.: 05 22 47 01 70 / 08 08 42 43 12

31, rue abbas mahmoud al akkad
20040 Casablanca

Tel : 05 22 47 01 70
08 08 42 43 12
Cell : 06 61 16 59 54

Email : khalid.channawi@gmail.com