

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

M23-0025132

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	7298	Société :	RAN
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	97383
Nom & Prénom :		SUDOM 01 AIA 85	
Date de naissance :		01/01/63	
Adresse :		V 217 JDO	DRAZ BOUZZA
Tél. :	061370032	Total des frais engagés :	700 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :	Dr. Mariame AKALAY Chirurgien Dentiste 17, Rue Abou Moussa El Jazouli 1 ^e Etag. N° 3 Casablanca - Tél. : 022 987 326		
Date de consultation :	23/02/2024	Age:	
Nom et prénom du malade :	Ghizlane Alami	Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Dent dent		
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input checked="" type="checkbox"/> ALC	Pathologie
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.			

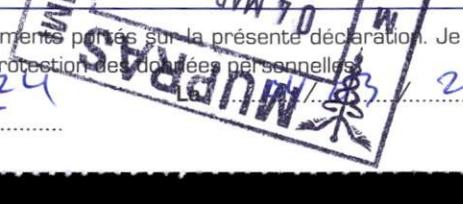
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 02/02/2024

Signature de l'adhérent(e) :




ACCUEIL


MAR 2024


MUPRAS

2024

RELEVE 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

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	

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
	3 7 1 1 2 3 4 1 2 3 4 5 6 7 8 5 6 7 8 9 10 11 12 4 5 6 7 8 9 10 11 3 2 1 2 3 4 H A B G D	Maint réparation de dent stabilisation temporaire	DAS D12 D12	COEFFICIENT DES TRAVAUX
			D39	MONTANTS DES SOINS
			D39	700M
		Dr. Mariam AKPLAY Chirurgien Dentiste 17, RUE MAMOUSSA EL JAZOURI 1er Etage N° 3 Casablanca - Tél. 02 997 326		DEBUT D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		FIN D'EXECUTION
				21/02/29
				23/02/24

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	<p>H</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> </table> <p>D G</p> <p>B</p>	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	<p>Coefficient des travaux</p> <p>Montants des soins</p> <p>Date du devis</p> <p>Date de l'exécution</p>
25533412	21433552									
00000000	00000000									
00000000	00000000									
35533411	11433553									
<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Dr. MAMADOU AKALAY
Chirurgien Dentiste
17, Rue Abou MOUSSA El JAZOURI 1^{er} Etag. N° 3
Casablanca - Tél. n° 22 087 326

Dr. Mariame AKALAY
Chirurgien Dentiste

Diplômée de la faculté de Médecine Dentaire de Rabat



الدكتورة مريم أكلعي
طبيبة جراحة الأسنان
خريجة كلية طب الأسنان بالرباط

Casablanca, Le 23/02/2024

N° = Ghizlane Alaoui

Note d'historique

21/02/2024 ostéotome de 37

D 15 → 300 N

21/02/2024 1^{ère} séance de débâlage

D 12 → 200 N

23/02/2024 2^{ème} séance de débâlage

D 12 → 200 N

D 39

700 N

Dr. Mariame AKALAY
Chirurgien Dentiste
17, Rue Abou Moussa El Jazouli 1er Etag. N° 3
Casablanca - Tel : 022 987 326

Dr. Mariame AKALAY
Chirurgien Dentiste
17, Rue Abou Moussa El Jazouli 1er Etag. N° 3
Casablanca - Tel : 022 987 326

④ 05 22 98 73 26 - 05 26 14 38 31

④ 17, Rue Abou Moussa El Jazouli, 1er étage N°3
Māarif-Casablanca

④ 05 22 98 73 26 - 05 26 14 38 31

④ 17, زنقة أبو موسى الجزولي الطابق الأول رقم 3
المعاريف الدار البيضاء