

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

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.

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

M23-0017079

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2589 Société : Royal Air Maroc
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : HANNAWI Noureddine
 Date de naissance : 24/12/1955
 Adresse :
 Tél. : 0630318835 Total des frais engagés : 0 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Faysal MOUAK
 Chirurgien Dentiste Spécialisé
 180 Bd Oum Rabii 2ème Etage
 Casablanca - Tél. : 0522 89 19 76
 Date de consultation : 11/03/2019
 Nom et prénom du malade : HANNAWI Noureddine Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Couronne céram Hétalique
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ 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 : ACCIHEL Le : / /
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

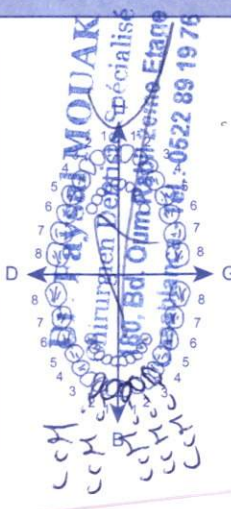
[illegible][illegible][illegible][illegible]

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<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 colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		D	B	00000000	00000000	35533411	11433553	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text" value="0180 x 5"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	D	B																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="9500 DH"/>														
	DATE DU DEVIS <input type="text" value="11/03/24"/>																	
DATE DE L'EXECUTION <input type="text" value="15/04/24"/>																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																		

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

Dr. Ayed MOUAK
Chirurgien Dentiste Spécialiste
190, Bd. Oumayyoudine Etage
1er étage Tel. : 0522 89 19 76

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D		G
	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

© 2003 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 253: 105–112

Couronne ciments
Hépatique
D 180
X 5

COEFFICIENT DES TRAVAUX	D180 x 5
----------------------------	-------------

MONTANTS DES SOINS 9500 DA

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION 15/04/20

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Chirurgien Dentiste Spécialisé
180, Bd. Oum Rabi 2ème Etage
Casablanca - Tél.: 0522 89 19 76

Note d'honoraire N°: 769-F-2023

Date : 15/04/2024

HANNAOUI noureddine

Nom de l'acte	Code	Lettre clé+Coeff	Dent(s)	Montant
COURONNE CERAMO-METALLIQUE	D754	D 180	31	1 900,00 DH
COURONNE CERAMO-METALLIQUE	D754	D 180	32	1 900,00 DH
COURONNE CERAMO-METALLIQUE	D754	D 180	33	1 900,00 DH
COURONNE CERAMO-METALLIQUE	D754	D 180	41	1 900,00 DH
COURONNE CERAMO-METALLIQUE	D754	D 180	42	1 900,00 DH
TOTAL				9 500,00 DH

Mode reglement :

Arrêté le montant de la facture à la somme de :

Neuf mille cinq cent MAD

Signature du praticien

Dr. Faysal MOUAK
Chirurgien Dentiste Spécialisé
180, Bd. Oum Rabii Zenne Etane
Casablanca - Tél.: 0522 89 19 76

N° Dossier: 198388
N° Dossier externe: ACC-2589-11/03/2024
Type de dossier: DENTAIRE
Bénéficiaire: HANNAOUI NOUR EDDINE
Situation: En attente
Sous-situation: ---
Date de début: 11-03-2024
Date de fin:
Date de saisie: 11-03-2024
Événement:

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants [↕]

Date	Type	Commentaire
12-03-2024	Manuel	PRECISER LE NUM DE LA DENT A COURONNER ET LE D COEFFICIENT C appel sans réponse 0630318885
19-03-2024	Manuel	

Voir la précision du NMM

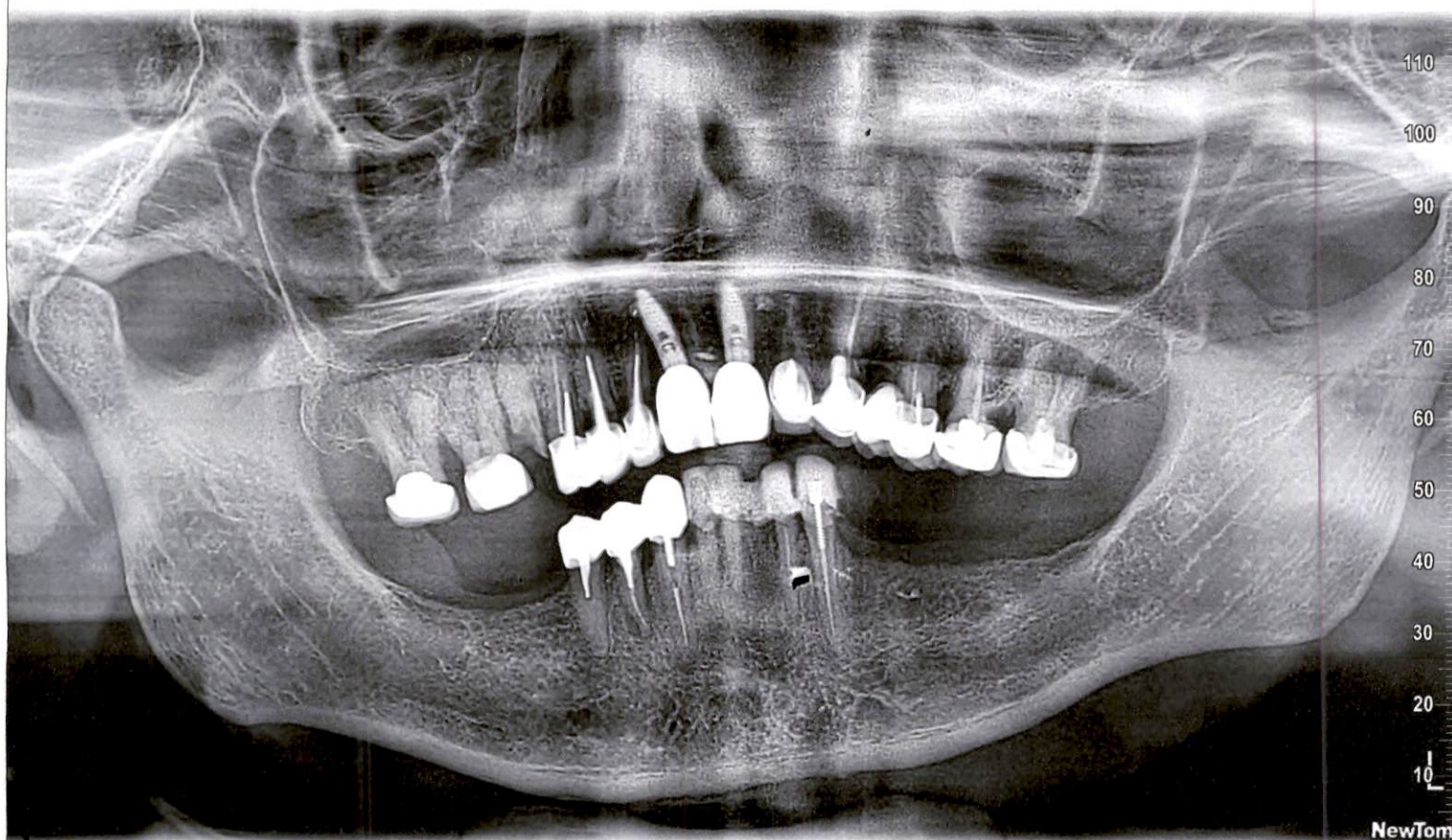
Dent

ORRESPONDANT

Cabinet Dentaire DR FAYSAL MOUAK
IMM 180 BD OUM RABII 2 EME ETAGE
OULFA CASABLANCA
FIX : 05 22 89 19 76
GSM : 06 89 65 68 60

hannaoui noureddine
Date de naissance: 24/07/1955

06/03/2024 10:15:19
[EXPOSITION TOTALE EXAMEN]
80.000 mGyem²
12.70 s
Image 3 de 5
75.00 kV
6.00 mA



Dr. Faysal MOUAK
Chirurgien Dentiste Spécialisé
186 Bd. Oum Rabii 2ème Etage
Casablanca - Tél.: 0522 89 19 76