

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

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être débrouillé : 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 vignette 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 du médical 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'optique en 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 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
- Prise en charge : pac@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 03-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement de données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Alai Ben Abdellah - 6ème Etage Angie Rue Mohamed Fakir et Rue Alai Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (L/C) - Fax : 05 22 20 78 18 - www.mupras.com

194871

Déclaration de Maladie : N° P19- 0024855

Maladie

Dentaire

Optique

Autre

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 12009

Société : Royalairmaroc

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : KHALFI JAMILA

Date de naissance : 23/09/1978

Adresse : LOT Belle VUE ESC C No 3 SAUMAA AL HAYAT MOHAMMED HAMIA

Tél. : 0661246814 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Noussaiba RGUIBI
Médecin - dentiste
84, Boulevard Moulay Driss 1er N°1
Tél: 05 22 86 36 62 - Casablanca

Date de consultation : 20/01/2024

Nom et prénom du malade : KHALFI JAMILA Age : 45

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Scléro dentaire

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 14 FEV. 2024

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 : 25/01/2024

Signature de l'adhérent(e) : Dr. Noussaiba RGUIBI

Médecin - dentiste

84, Boulevard Moulay Driss 1er N°1

Tél: 05 22 86 62 - Casablanca

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

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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																								
	U	G	Trakhat Canalare	D 25																								
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">D</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-bottom: 1px solid black;">00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>					H		G	25533412	21433552		00000000	00000000		D			00000000		00000000			35533411			11433553	B		G
H		G																										
25533412	21433552																											
00000000	00000000																											
D																												
00000000		00000000																										
		35533411																										
		11433553																										
B		G																										
Coefficient des travaux D 25																												
Montants des soins 1.009 ₣ DH																												
Début d'exécution 01/01/2014																												
Fin d'exécution 25/01/2014																												
Coefficient des travaux 																												
Montants des soins 																												
Date du devis 																												
Date de l'exécution 																												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																												



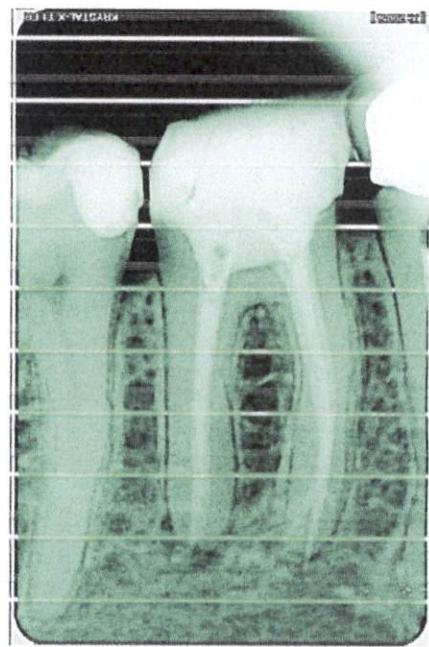
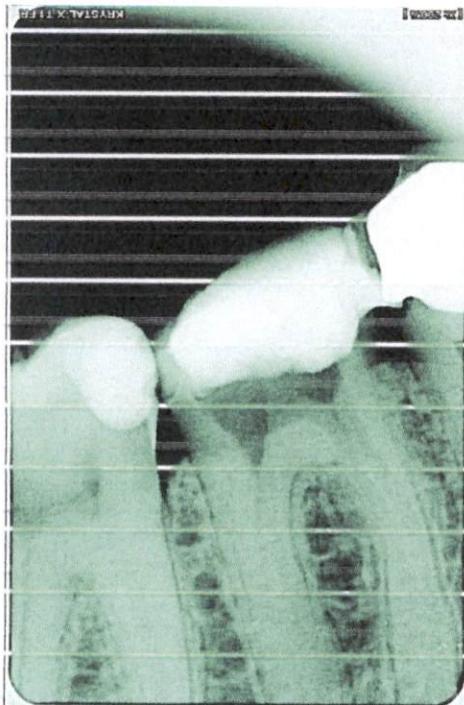
Dr. Noussaiba RGUIBI

Médecin Dentiste Spécialiste

Esthétique dentaire - Orthodontie - Implantologie

DATE : 25/01/2024

NOM ET PRENOM DE LA PATIENTE : KHALFI JAMILA



**CLICHES RADIO AVANT ET APRES DU TRAITEMENT
CANALAIRES DE LA 46**

Dr.Noussaiba RGUIBI
Médecin - dentiste
84,Boulevard Moulay Driss Ter N°1
Tél: 05 22 86 36 62 - Casablanca



DR NOUSSAIBA RGUIBI

Médecin Dentiste

84 Bd Moulay Driss 1

Rce Wiam n°1

0522863662 / 0634638627

DATE : 25/01/2024

FACTURE

NOM & PRENOM DU PATIENTE

: KHALFI JAMILA

Code acte	Désignation	Montant
D25	TRAITEMENT CANALAIRES DE LA 46	1000DH
	TOTAL	1000DH

ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE MILLE DIRHAMS
INPE: 094178977

IF : 40217069

Dr. Noussaiba RGUIBI
Médecin - dentiste
84, Boulevard Moulay Driss 1er N°1
Tél : 05 22 86 36 62 - Casablanca