

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES PROBLEMES

Informations 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.

Éducation :

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.

Prothèse dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0046155 **RUD**

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3523

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SEBBATA Abdelhannine

Date de naissance : 21.01.1952

Adresse : 25, rue Abou Youssef El Mezidoui
La Ville - Casablanca

Tél. : 06 89 38 40 73

Total des frais engagés : 600 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/01/2020

Nom et prénom du malade : SEBBATA Abdelhannine Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Abc 13

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la déclaration 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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL

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

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins

Important :

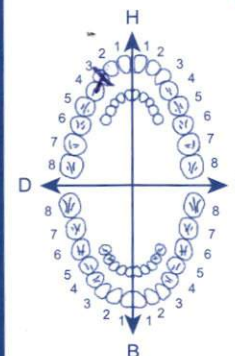
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement carabaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



1 3 RUG 26
Blanc de D 25
RUG 26
81 D16

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412 21433552

00000000 00000000

D

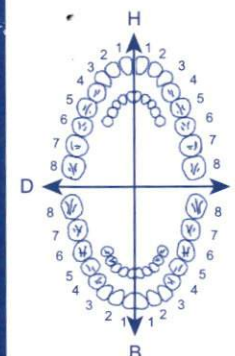
00000000 00000000

35533411 11433553

B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

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 plan de l'O.D.F.

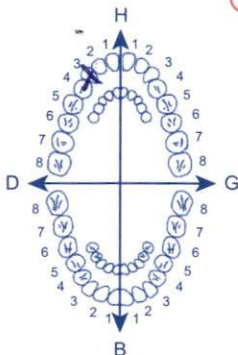
en 23 Jyl dent de R. canne etc
PS: C. est la 1ère

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



1 3

AVG

26

Block de

D 15

RB 4

26

DA 6

Meriem Dentiste
Chirurgien - Tél: 05 22 62 61 02

Coefficient
DES TRAVAUX

2x2 + D

MONTANTS
DES SOINS

600,000

DEBUT
D'EXECUTION

26

FIN
D'EXECUTION

21.02.20

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

06.01.2020

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Centre Dentaire
la Villette



مركز طب الأسنان
لافيليت

Dr. Meriem IGNANE

د. مريم إغان

Casablanca le : 25/02/2020

Faclin

IC6 : 002 MM 49 0000 96

Act

Tu endo + RVG + CP Smr 13

Rix : 600,00 DA


Dr Meriem IGNANE
Chirurgien-Dentiste - Orthodontiste
419, 1^{er} Etage Bd Ibn Tachfine la Villette
Casablanca - Tél. : 05 22 62 61 02

Après

Création 21/02/2020 SEBBATA [REDACTED] Impression 21/02/2020

21/02/2020 - 23 -

Lin.



Dr Meriem IGNANE
Chirurgien Dentiste-Orthodontiste
419, 1^{er} Etage Bd Ibnou Tachfine la Villette
Casablanca - tel : 05 22 62 61 02

Dr Meriem IGNANE
Chirurgien Dentiste-Orthodontiste
419, 1^{er} Etage Bd Ibnou Tachfine la Villette
Casablanca - tel : 05 22 62 61 02

Avail

Dr Meriem IGNAME
Chirurgien Dentiste-Orthodontiste
419, 1^{er} Etage, 10000 Tachfine la Villene
Casablanca 05 22 62 61 02

Création 06/01/2020 SEBBATA Impression 06/01/2020

06/01/2020 13-10 Elos
ablanca Lin



PS: c'est la 13

Dr Meriem IGNANE
Chirurgien Dentiste
Casablanca - Tél.: 05 22 62 61 02