

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 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1482

Société

134039

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

EL

KANFOU

NAJAT

Date de naissance :

04/05/1969

Adresse :

Rue 1 HAY ANNASSIM AIN DIAB Casablanca

Tél. : 662 392 624

Total des frais engagés : 400,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 18/10/2019

Nom et prénom du malade : M. Adam charyf Age : _____

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Detachable

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 : Casablanca

Le : 19/10/2019

Signature de l'adhérent(e) : _____

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhésion@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.

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

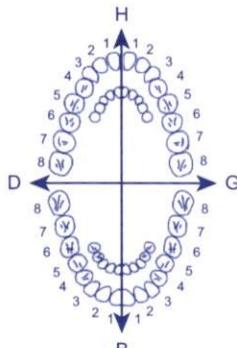
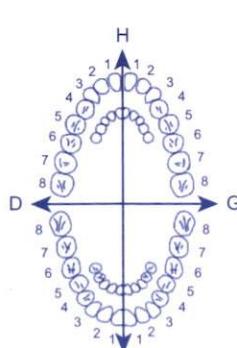
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	
		<i>Detrafrage</i>	<i>D 12</i>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <i>D2</i>
				MONTANTS DES SOINS <i>400160</i>
				DEBUT D'EXECUTION <i>13/10/22</i>
				FIN D'EXECUTION <i>18/10/22</i>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<p>25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— 00000000 00000000 00000000 35533411 11433553 B</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <i> </i>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <i> </i>
				DATE DU DEVIS <i> </i>
				DATE DE L'EXECUTION <i> </i>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتورة نادية سعدي

Dr. Nadia SAADI
Chirurgien Dentiste



N° : 00996

Casablanca le, 18/10/2022

A L'attention de Nadia

Honoraires

Je soussignée Dr Nadia Saadi a executé a Mr

..... Adam chayf

pour un montant de ... quatre cent dhs

..... 400,00 dhs

Dr. Nadia SAADI
Chirurgien Dentiste
52, Rue Socrate Quartier Maârif Extention 3^{eme} Etage Appt.7
Tél.: 05 22 25 32 78
Maârif Extention - Casablanca

Agence socrate - Attijariwafabank

Rib:007 780 000000 1284 000

Patente: 408 063 88 - CNSS:667513

52, Rue Socrate Quartier Maârif Extention 3^{eme} Etage Appt.7
Casablanca - Tél.: 05 22 25 32 78