

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

- | | |
|------------------------------------|---------------------|
| 0 Réclamation | contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W19-418506

138068

pay concern

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1479

Société : R.A. 91

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHAOUKI O'HAR

1950

Date de naissance :

Adresse : RP, 5558 QUARTIER INDUSTRIEL
AGADIR 80013

Tél. : 06 66 92 03 67 Total des frais engagés :

700,00 DH

Cadre réservé au Médecin

Dr BOUTHEIR Lahoucine
Chirurgien Dentiste
Dipl. Université Toulouse III France
Place des Taxis Q. I. - AGADIR
Tél: 05 28 84 65 04/05 28 82 18 03

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/19/21

Nom et prénom du malade : CHAOUKI O'HAR

Lui-même

Conjoint

Enfa

Lien de parenté :

Nature de la maladie : MENTAL

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'adhérent de la Mutuelle.

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

Fait à : 18.10.12 AGADIR

Le : 18.10.12

Signature de l'adhérent(e) :

19

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-418506

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : 1479

Nom de l'adhérent(e) : CHAOUKI O'HAR

Total des frais engagés : 700,00

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prie de preciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

11. *What is the best way to increase the number of people who use a particular service?*

B		DATE DE L'EXÉCUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VIGA ET PARCOURS DU PRATICIEN AFFECTIF ET LE VIEUX

Docteur BOUTHIRIT Lahoucine
CHIRURGIEN DENTISTE
Diplômé de la faculté de Chirurgie
Dentaire de l'Université Toulouse III

Agadir LE :

18 OCT. 2022

FACTURE SOINS DENTAIRE

Patient: Lahoucine 07 An

Soins:
24
32
48 } total 69.

Total net: 70000 Dhs
Salut M. Taxis

Dr. BOUTHIRIT Lahoucine
Chirurgien Dentiste
Dipl. Université Toulouse III France
Place des Taxis Q.s. - AGADIR
Tel: 05 28 84 65 04 / 05 28 82 18 03