

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.

148713

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 478 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ECHCHIERKI OMAR

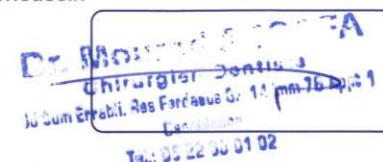
Date de naissance : 1945

Adresse : MÉMME

Tél. 05 22 91 15 81 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : OUCHANE ACHA Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : gingivite + carie dent 33. Pathologie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) : casab. le 27/11/2023

SP

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.

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

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET APHÉ

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	
	1 1	Coron	D ₁₁	
	3 3	Coron	D ₁₁	
	Sup	D ₁₁	D ₁₂	
		D ₁₁	D ₁₂	
				Coefficient des travaux
				D ₅₄
				MONTANTS DES SOINS
				1200
				DEBUT D'EXECUTION
				04.1.23
				FIN D'EXECUTION
				18.1.23

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



NOTE D'HONORAIRES FA1-2/23

18/01/2023

Madame OUCHANE Aicha

DATE	Dent	Actes	Code	Cotation	Honoraires
04/01/2023	11	COMPOSITE 3 FACES	D702	D15	300
11/01/2023	0	DETARTRAGE 1 S D12	D708	D12	200
14/01/2023	33	COMPOSITE 3 FACES	D702	D15	500
18/01/2023	0	DETARTRAGE 1 S D12	D708	D12	200

Total :1200.00

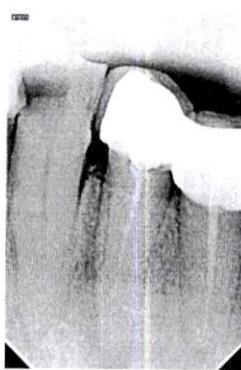
la présente note d'honoraire est arrêtée à la somme de : MILLE DEUX CENTS

IF: 40112538

ICE: 00167653800076



Dr. Mourad ASSAFA
Chirurgien Dentiste
Ju-um Errahil, Ras Farhaou 3, 111mm 76 April 9
Carabane
Tél: 05 22 30 01 02



Date du cliché : 04/01/2023

Localisation :

Commentaire : 33

Dr. Mourad ASSAFA
Chirurgien Dentiste
Ju-um Errahil, Ras Farhaou 3, 111mm 76 April 9
Carabane
Tél: 05 22 30 01 02