

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.

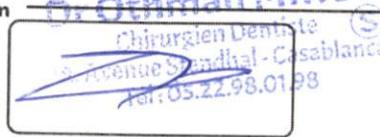
Adresses Mails utiles

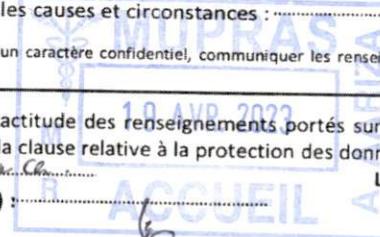
- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

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.

N° W21-796851

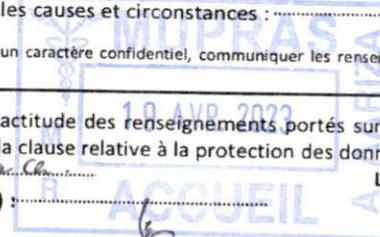
157983

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	727	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :			
DAKKA AICHA			
Date de naissance :			
05-01-1950			
Adresse :			
38, Rue 3 Lot Guyenne Casablanca			
Tél. :	0679114465	Total des frais engagés :	2430.00 Dhs
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
DAKKA AICHA Age: 72 ans			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Soi-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
Cariogénite + caries Dentaires			
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 : 05.04.2023
Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 19/04/2023

Signature de l'adhérent(e) :



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 : [REDACTED]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

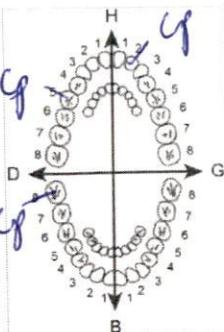
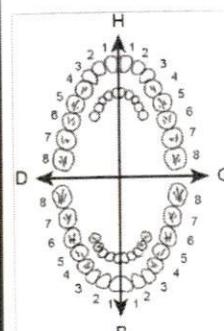
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
[REDACTED]	Totalité dents brutes	12	COEFFICIENT DES TRAVAUX D 42
[REDACTED]	2 2 (gaps)	10	MONTANTS DES SOINS 243,00
[REDACTED]	1 5 (gaps)	10	DEBUT D'EXECUTION 20/3/23
[REDACTED]	4 8 (gaps)	10	FIN D'EXECUTION 21/3/23
 DR. DRISS MIKOU Chirurgien Dentiste 19 Rue Stendhal - Casablanca Tel: 05.22.98.01.98			
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	H	25533412 21433552 00000000 00000000	Coefficient des travaux
	D	00000000 00000000 35533411 11433553	Montants des soins
	G	B	Date du devis
			Date de l'exécution
 (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			
DR. DRISS MIKOU Chirurgien Dentiste 19 Rue Stendhal - Casablanca Tel: 05.22.98.01.98			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION			

Note d'honoraires N°: 228-F-2022

Date : 21/03/2023

DAKKA Aicha

Nom de l'acte	Code	Lettre clé+Coeff	Dent(s)	Montant
COMPOSITE 1 FACE	D700	D 10	48	630.00 DH
COMPOSITE 1 FACE	D700	D 10	15	630.00 DH
COMPOSITE 1 FACE	D700	D 10	22	630.00 DH
DETARTRAGE + POLISSAGE	D708	D 12	Toutes	540.00 DH
TOTAL				2 430,00 DH

Mode règlement :

Arrêté le montant de la facture à la somme de :

Deux mille quatre cent trente MAD

Signature du praticien

Dr Othman MIKOU
 Chirurgien Dentiste
 3 Avenue Stendhal - Casablanca
 Tél : 05.22.98.60.98

INP : 094188323 ICE : 002322946000076

18, Avenue Stendhal - Cité Plateau - Casablanca

Tél : (+212) 05 22 98 01 98 - E-mail : o.mikou@csdentaire.ma