

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1289

Société : RAM 159.90€

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BATTRAS FATNA veuve AZEN KOU D emar

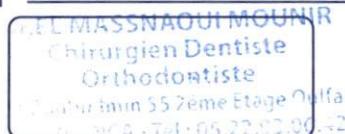
Date de naissance : 25/13/1960

Adresse : Lot El Khayma El N°84 casablanca

Tél. : 06.49.118936 Total des frais engagés : 200.DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20/04/2023

Nom et prénom du malade : BATTRAS FATNA Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Les Prothèses

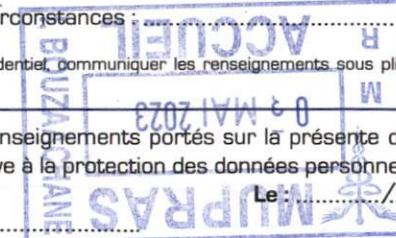
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) : 



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

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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>Consultation</i>	
			COEFFICIENT DES TRAVAUX <i>c</i>
			MONTANTS DES SOINS <i>200</i>
			DEBUT D'EXECUTION
			FIN D'EXECUTION <i>20/04/23</i>
O.D.F		DETERMINATION DU COEFFICIENT	

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

onctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVISE

~~EL MASSNAQI IN QUNIR~~

VISAGE ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

• VISA EPCACHE DU PRATICIEN
Orthodontiste

Dr EL MASSNAOUI
MOUNIR
Chirurgien Dentiste
55 LOTISSEMENT ZOUBIR.
2 EME ETAGE OULFA
20260 CASABLANCA
MAROC

Tél: 05 22 93 06 42

ICE: 001681700000091
INP: 094171154



Note d'honoraire N°:

Date : 20/04/2023

Mme BATRAS FATNA

Nom de l'acte	Code	Lettre clé+Coeff	Dent(s)	Montant
CONSULTATION	D601		16	200,00 DH
TOTAL				200,00 DH

Mode règlement :

Arrété le montant de la facture à la somme de :

Deux cent MAD

Dr.EL MASSNAOU MOUNIR
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste
Lot Zoubir imm 55 2ème Etage Oulfa
CASABLANCA - Tél: 05.22.93.06.42
[Handwritten signature over the printed text]