

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0031128

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

5383

Société :

161995

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ABoudou

Afchid

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0667793770

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Ahmed BOUATAKKA
Chirurgien Dentiste
150, Bd Bourgogne Rés Firas Jasim
2ème étage N°7- CASABLANCA
Tél : 052424040 Gsm : 0620869308

Date de consultation :

17/03/2023

Nom et prénom du malade :

ABoudou Rachid

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Sains dentaires

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
<i>Composite</i>	<i>H</i>	<i>Composite</i>	<i>Dnr</i>	<i>1000, 00</i>
<i>+/B</i>	<i>H/B</i>	<i>Détartrage</i>	<i>Dns</i>	
<i>Dr Ahmed BOUATAKKA</i> <i>Chirurgien Dentiste</i> <i>150, Bd Bourgogne</i> <i>2ème étage N°7</i> <i>Tél : 0520424040</i>	<i>G</i>	<i>Firas Jasim</i>	<i>VSABLANCA</i>	<i>DEBUT D'EXECUTION</i>
<i>150, Bd Bourgogne</i> <i>2ème étage N°7</i> <i>Tél : 0520424040</i>	<i>G</i>	<i>Firas Jasim</i>	<i>VSABLANCA</i>	<i>23.05.23</i>
<i>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</i>	<i>H</i>	<i>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</i>	<i>G</i>	<i>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</i>
<i>D</i>	<i>25533412 00000000 35533411</i>	<i>21433552 00000000 11433553</i>	<i>B</i>	<i>MONTANTS DES SOINS</i>
<i>G</i>	<i>00000000</i>	<i>(Création, remont, adjonction)</i>	<i>G</i>	<i>DATE DU DEVIS</i>
<i>B</i>	<i>00000000</i>	<i>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</i>	<i>B</i>	<i>DATE DE L'EXECUTION</i>
<i>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</i>	<i>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</i>			

Centre dentaire Dr Ahmed BOUTAKKA
INPE : 064196462
ICE : 003089433000071
IF : 52482762
150 Bd Bourgogne résidence Firass jassim 2eme étage N°7 Casablanca

Note d'honoraire

Bénéficiaire : ABOUDOU RACHID

Date : 23-05-2023

Date des soins	Dents traitées	Nature d'intervention	Coefficient	Montant facturé
17-05-2023		Composite	D15	500
23-05-2023	13	Détartrage	D12	500

Total des honoraires : 1000,00 DH

Dr Ahmed BOUTAKKA
Chirurgien Dentiste
150, Bd Bourgogne Rés Firas Jasim
2ème étage N°7 CASABLANCA
Tél : 0520424040 Gsm : 0620869308