

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	2202	Société :	163542
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		LABNAIRI Rahma We SEFIANE Mohammed	
Date de naissance :		17/12/1986	
Adresse :		Lot Hadij Fath N°216 Rue Dja casablanca	
Tél.		06 75 63 31 68	Total des frais engagés : 1536,5 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

12/05/2023

Nom et prénom du malade : LABNAIRI RAHMA Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Soins Dentaire

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 12 JUIN 2023

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

Date	Montant de la Facture
12/05/23	136,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

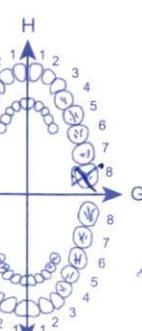
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'ODE.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
	28 EAT Ø Posto 24	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	- retent Ø 650 en	MONTANTS DES SOINS	
		DEBUT D'EXECUTION	
		FIN D'EXECUTION	

DR. JAHI CHAFIK
 305-62 CHAFAKATEHOUARA
 LOFT AL HOSNA FEDDAORA
 CASABLANCA

D 48
 14000

10-31-02

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Casablanca le 10/05/23

Facture

LaBdriji Radi

Sous Denture : 1400₾

Dr EL BAHI CHAFAIK
Chirurgien Dentiste
305 Bd Oued Eddouira
El Hajj Fateh - Oulfa
Casablanca

305.Bd Oued eddaoura-Lot . El Hadj Fateh - Oulfa - Casablanca
Tél : 05 22 93 84 85/06 59 21 05 75

LPV:14DH00
PER:02/26
LOT:M554



DE STAIRE
CENTRE
ELBAHI

ORTHODONTIE - ESTHETIQUE - RADILOGIE
PARODONTOLOGIE - IMPLANTOLOGIE

Casablancale

12/05/23.

Name: LABHABRI Rakha

18,90

- ① BuccoThy mol. 3P
103,60  f.p.d
② ANus i l 18 28 11 p 17

③ dachi 14,00 
136,50

M. CHAFIK
Dentiste
OUED EDDOURA
EL HADJ FATEH
CASA
ALIANCA



305.Bd Oued eddaoura-Lot . El Hadj Fateh - Oulfa - Casablanca
Tél : 05 22 93 84 85/06 59 21 05 75



PPV : 103,60 DH

LOT : 650769

PER : 08/24

18,90

