

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 | adhésion@mupras.com |

La MUPRAS garantit le respect de la vie privée et de la protection des données physiques et électroniques de ses adhérents et de leurs proches.



Déclaration de Maladie

N° W21-667440

164380

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		RAM	
Matricule : <u>11365</u>	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>BENZAIDOUNE-ANASS</u>			
Date de naissance : <u>11/11/11</u>			
Adresse : <u>BELVÉDÈRE</u>			
Tél : <u>0603171212</u> Total des frais engagés : _____ Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
<p>Cachet du médecin :</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Dr. Fatima EZZAMRA BOUAMAMA Médecin Chirurgien Dentiste 15, Rue Saint Saens - Log. 2 Apt 4, Belvédère Casablanca Tel. 05 20 04 75 77 </div>			
Date de consultation : <u>13/03/2023</u>			
Nom et prénom du malade : <u>Mme EEBEDOUI GHAZANE</u> Age : _____			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <u>Sains Dentaire</u>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, je déclare que je renonce à toute demande de remboursement 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
.....	INP : <input type="text"/>
.....
.....

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

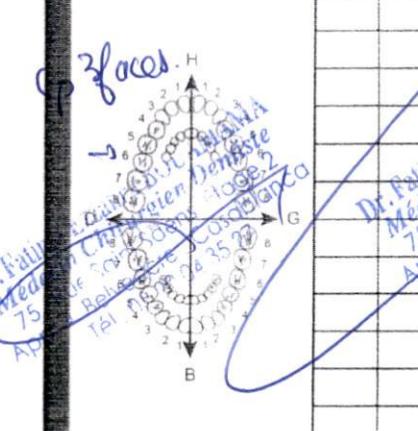
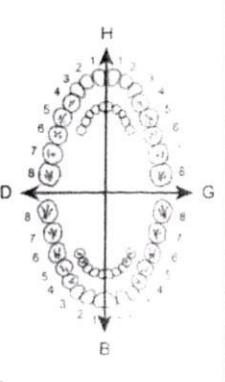
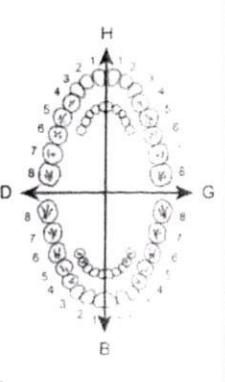
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
.....	
.....	
.....	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est tenu de préciser le soin traité, 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'O.D.F

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>										
16. 3 faces	DAC.			094189248										
														
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> DAC.														
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> #70900														
DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> 13/03/2023														
FIN D'EXECUTION <input type="text"/> 13/03/2023														
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>35533411</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>				H	21433552	00000000	00000000	D	35533411	00000000	11433553	B		
H	21433552													
00000000	00000000													
D	35533411													
00000000	11433553													
B														
														
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession														
														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

CENTRE DENTAIRE LES IRIS

مركز طب الأسنان السوسن

Implantologie

orthodontie

Soins Dentaires et Prothèses

Esthétique Du Sourire

Soins et Chirurgie Parodontale

Pédodontie

Radio panoramique



زرع الأسنان

تقويم الأسنان

علاج و تعويض الأسنان

تجميل الابتسامة

علاج و جراحة اللثة

طب أسنان الأطفال

أشعة بانوراميك

13/03/23.

1^{me} el Bedoui
ghislane

Composite sur les 16.

TOTAL 700

IC E: 0024 17721

INPE: 094 1852

Dr. Fatima El Bedoui DMD, Dentiste
Médecin Chirurgien Dentiste
75 Rue Saint Saens Etage 2
Appart 4 Belvédère Casablanca
Tél: 05-20-04-35-27