

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1A4716

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

AOUSS SIDI

A6462W

Date de naissance :

13/12/1970

Adresse : n°1055 Avenue Amassan Idy El FARAJ

AL MASSIRA - AT N GLOU - AADIK

Tél. : 06 523 43602 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur ABID Ahlam
Chirurgien Dentiste
Tél.: 05 28 22 53 76

Date de consultation : 01/06/2023

Nom et prénom du malade : AOUSS YASSINE Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Dentaire

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie : 2023

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 : DAHAR

Le : 01/06/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



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
29/05/23	Det 1	Diz	210	Docteur ABID Ahlam Chirurgien Dentiste
01/06/23	Det 2	Diz	210	
29/05/23	Ext	Diz	175	
01/06/23	Ext	Diz	175	Tél.: 05 28 22 53 76

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 Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

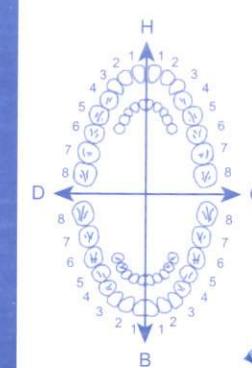
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

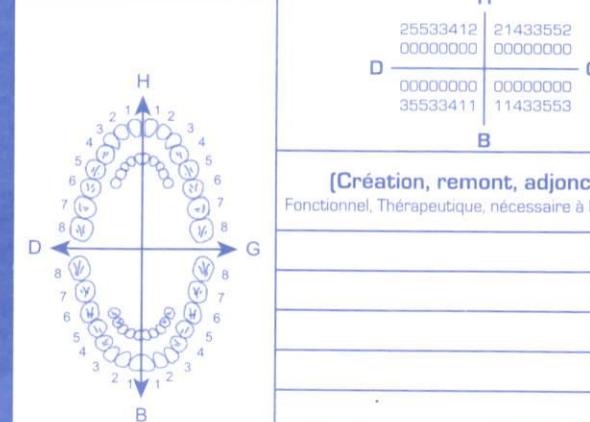
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

INPI : **044177368**



Docteur ABID Ahlam
Chirurgien Dentiste
Tél.: 05 28 22 53 76

ODF PROTHESES DENTAIRES



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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Docteur ABID Ahlam
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION
Chirurgien Dentiste

Tél.: 05 28 22 53 76

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

29/05/23

04/06/23



Cabinet de Chirurgie Dentaire et d'Orthodontie

عيادة طب وتقديم الأسنان



Dr. ABID Ahlam

د. عبد أحلم

NOTE D'HONORAIRES

110 / 23

Nom et prénom du patient : AOUSS YASSINE Date : 01/06/2023

أسنان معالجة Dents traitées	رمز العمليات Valeur Clé	تاريخ العمليات Dates des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوترة Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأسنان Signature et Cachet du Médecin Dentiste
D6L	D708	29/05/23		D12	210	<u>Docteur ABID Ahlam</u> <u>Chirurgien Dentiste</u> Tél.: 05 28 22 53 76
D6L	D708	01/06/23		D12	210	<u>Docteur ABID Ahlam</u> <u>Chirurgien Dentiste</u> Tél.: 05 28 22 53 76
14	D702	29/05/23		D10	175	<u>Docteur ABID Ahlam</u> <u>Chirurgien Dentiste</u> Tél.: 05 28 22 53 76
24	D702	01/06/23		D10	175	<u>Docteur ABID Ahlam</u> <u>Chirurgien Dentiste</u> Tél.: 05 28 22 53 76

Montant global : 770,- DHS (Sept cent Soixante dix DHS)

Mode de paiement

Espèces

Chèque

Signature et cachet

Docteur ABID Ahlam
Chirurgien Dentiste
Tél.: 05 28 22 53 76

ملتقى الطرق شارع محمد الفاسي و 914، حي السلام الطابق الأول فوق البنك الشعبي جيت سكن
Intersection Rue Mohamed El Fassi et N° 914 Quartier Salam
1er étage au Dessus de la banque Populaire Jet Sakan

Tél.: 05 28 22 53 76

N° de L'INPE : 044177368 - N° de L'ICE : 00181722000085 - N° de L'IF : 75769970

N° CNSS : 5505211

N° Patente: 67516126