

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

N° W19-485116

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 5100	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	HANOU BRAHIM
Nom & Prénom : HANOU BRAHIM		Date de naissance :	09/05/1961
Adresse :			
Tél. : 06 61 21 94 58		Total des frais engagés : 1800. Dhs	
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :  Dr. Mohamed TAJMOUATI Implant Prothèse 36, Rue des Eperviers - Oasis Casablanca			
Date de consultation : 16/06/23			
Nom et prénom du malade : HANOU Brahim Age: 52			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Social			
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) : R ACCUEIL		
Date : 03 JUIL 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
				INP : [REDACTED]

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 Particier	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 094012979
-----------------	----------------	------------------	-------------	-----------------

[REDACTED]

300, M 6

COEFFICIENT DES TRAVAUX

D 36

[REDACTED]

1^{re} Série 600,

D 12

2^{re} Série 600, W

D 12

Delivrage D 6

300, M 6

MONTANTS DES SOINS

1800, W

DEBUT D'EXECUTION

08/06/23

S 6 au Total d. 1800, W

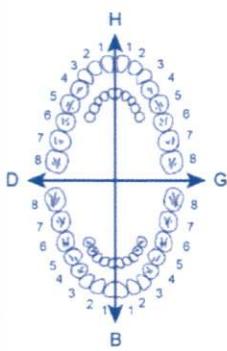
FIN D'EXECUTION

16.06.23

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

[REDACTED]

MONTANTS DES SOINS

[REDACTED]

DATE DU DEVIS

[REDACTED]

DATE DE L'EXECUTION

[REDACTED]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LA EXECUTION

Dr Mohamed TAKHAMI
Implant Prothèse
36, Rue des Eperviers - Oasis
Casablanca

N°Patent:094012978

FACTURE

INP:34750506

Id F:45667941

ICE:002465127000061

Nom: HANDOU BRAHIM

Je Soussigné Arts Clinic , Certifier avoir recu
 de BRAHIM HANDOU la somme mille huit cents dirham(s) correspondant aux:

Code	Description	Prix	Sous-total
CLS	Consultation	300,00	300,00
DE1	Détartrage 1 Séance	600,00	600,00
DE2	Détartrage 2 Séance	600,00	600,00
POLI	Polissage	300,00	300,00
	Total		1 800,00

Signature du Praticien

Dr.tajmouati

*Dr Mohamed TAJMOUATI
 Implant / Prothèse
 36, Rue des Eperviers - Oasis
 Casablanca*

Signature du Patient

36, rue des éperviers, Oasis – Casablanca 20410

Tél : 05 22 25 84 84 / 05 22 36 23 83

Artsclinic.com