

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

- Reclamation : 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Asphalte - Casablanca 20000 - Tél: 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Déclaration de Maladie

N° W19-506521



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

5107

Société :

122412

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BELGNAOUI / Zitouni Naïma Veuve Belgnaoui

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

611,70

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Meryeme BIKRI
Chirurgien Dentiste
6, Avenue Al hour hay ryad, Rabat
Tél: 0537 71 87 18 / 17

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : BELGNAOUI TAHA Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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) :



23/8/2023

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 : <input type="text"/>
.....	
.....	
.....	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cabinet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
N° DI. BENWADH L. 197 HAY SKIKID Tél : 05.33.11.11.11	29/01/2023	17.70

ANALYSES + RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CADRE D'EXERCICE FRANÇAIS ATTESTANT L'EXERCICE
Dr. Meryem BIKRI
Chirurgien Dentiste
6, Avenue Al hour hay ryad, Rabat
Tél: 0537 71 87 18 / 17

Date : 29/07/2023.

ORDONNANCE

TAHA BELGNAOUI

77,78

ELUDRIL B de bouche 3 Fl

Faire après chaque repas des bains de bouche.
Utiliser le bouchon doseur.

PHARMACIE ATLAL
Dr. BENWADH Laila
N° 197 Hay Skikina-Témara
Tél : 05.37.61.14.01

INPE : 10 20 12 0 28

Dr. Meryeme BIKRI
Chirurgien Dentiste
6, Avenue Al hour hay ryad, Rabat
Tél : 0537 71 87 18 / 17

NOTE D'HONORAIRES

POLYCLINIQUE DENTAIRE DE RABAT
SECT10 BLOC A N° 6 AV AL HOUR,
HAY RIAD, 10100 Rabat.
Tél : 05.37.71.87.18/ 05.37.71.87.17
ICE : 001611417000024
IF : 40495979 / Patente : 25563762
CNSS : 5952834

Identification du patient :

Nom et prénom : BELGNAOUI TAHA

Date de naissance : 07/09/1996

Date	Dents	Libellé	Coeff.	Montant
29/07/2023		DETARTRAGE + POLISSAGE	D 12	Dhs 600,00
		Totaux		600,00 Dhs

Date : 29/07/2023
Signature et cachet :

Polyclinique dentaire de Rabat
Facture payée

Eludril®

Chlorhexidine

Solution

ne-Chlorobutanol

pour bain de bouche



الودريل®

كلورهكسيدين- كلورو بوتانول

محلول لغسل الفم



قارورة من فesse 90 مل مزودة بكوب - مقياس

Flacon de 90 ml avec gobelet-doseur

Solution pour bain de bouche

Gobelet-doseur

Chlorhexidine-Chlorobutanol

®

Eludril

(50 x 50 x 115) mm