

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 : 4636

Société :

Actif Pensionné(e)

Nom & Prénom : Bouslaci Fatiha

Autre :

Date de naissance : 16/10/56

Adresse : 273 B

R. BH
0661210574 Total des frais engagés : 4500,00 Dhs Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/7/23

Nom et prénom du malade : Bouslaci Fatiha



Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : Prothèse dentaire

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie

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 le : 14/07/23

Signature de l'adhérent(e) :



ACCUEIL 14/07/23

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

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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
		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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
2 1	1 2

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

Funcional, rígida e aerodinâmica, necessária para a corrida de resistência.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DE

VISA ET CADRE D'UN PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
Dr. M. CHAHAL
Clinique Dentaire Multidisciplinaire
2, Rue Soumaya Angle Bd. Abdellatif Bourguiba
Tunis 1002 - Tél. 33 522 83 81 03

CHRAIBI DENTAL CLINIC

Clinique Dentaire Multidisciplinaire
VISA ET CAGNOTTE PRATICIEN DENTISTE HYGIENISTE
2, Rue Souleymane Aguedid - 05220 MOUSSIÈRE
Tél : 0522 83 81 03 / 0522 25 28 87

For more info, visit www.earth911.org.

ICE : 0016361000061

IF : 40192673

INPE : 094178563

LE 23/08/2023

NOTE D'HONORAIRE

Je soussigné **DR CHRAIBI MOUNIR**, atteste par la présente avoir reçu le/la patient(e) : **MME BOLOUOZ FATIHA**

ACTES : CCM 44

COEFFICIENT : D180

Le montant total de la présente note s'élève à :

QUATRE MILLE CINQ CENT DIRHAMS (4500, 00 DHS) .

PAYE

CHRAIBI DENTAL CLINIC
Dr. Mounir CHRAIBI
Clinique Dentaire Multidisciplinaire
2, Rue Soumaya ang. Bd. Abdelmoumen
Tel: 0522 65 61 01 / 0522 25 28 87



N° Dossier: 171278

N° Dossier externe: ACC-04636-09/08/2023

Type de dossier: DENTAIRE

Bénéficiaire: BOULOUIZ FATIHA

Situation: En attente

Sous-situation: ---

Date de début: 09-08-2023

Date de fin:

Date de saisie: 09-08-2023

Événement: 

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants [▼]

Date	Type	Commentaire
11-08-2023	Manuel	ACC D180 CCM 44 S/R RX APRES DR MOUNIR CHRAIBI



BOULOUIZA FATHA
RVG 44

CHRAIBI DENTAL CLINIC
Dr. Mounir CHRAIBI
Clinique Dentaire Multidisciplinaire
2, Rue Soumaya Ang. Bd Abdelmoumen
Tel: 0522 83 81 03 / 0522 25 28 87