

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.

Nº W21-806401

124030

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)
Matricule : 02094 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ABDELGHANI YOUSSEF

Date de naissance : 2-9-55

Adresse :

Tél. 0619788916 Total des frais engagés : 05 SEP. 2023 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin : Date de consultation : 06/07/91 Nom et prénom du malade : Abdelghani Youssef Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Traitement endodontique

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) :

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	
.....
.....
.....
.....

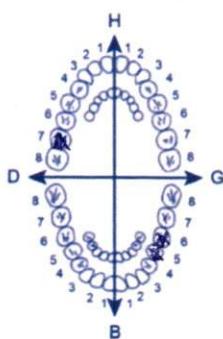
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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.

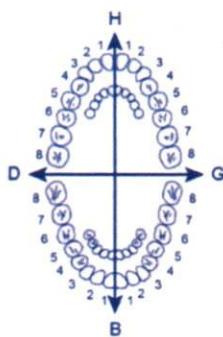
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : INPE: 084012630
[REDACTED]	35 endo	D25	D25	COEFFICIENT DES TRAVAUX
[REDACTED]	36 endo	D25	D25	MONTANTS DES SOINS
[REDACTED]	17 endo	D25	D25	DEBUT D'EXECUTION



O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553



[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

Dr. Khalid CHBANI IDRISI

Chirurgien Dentiste

- Spécialiste en Orthopédie Dento-Faciale
 - Orthodontie Exclusive
Enfant et adulte
- Diplômé de l'institut d'Odonto Stomatologie de la Faculté de Médecine de Bordeaux
- Diplôme Clinique d'Orthodontie (D.U.O)
- Diplôme de Santé Publique Dentaire
- Membre de la Société Française d'Orthopédie Dento-Faciale



CHBANI DENTAL CLINIC

Casablanca, le : 31/07/93

Mr. Abdellghni Youssef.

Facture :

Traitements endo sur les dents
35, 36, 17.

Total : 200 DH.

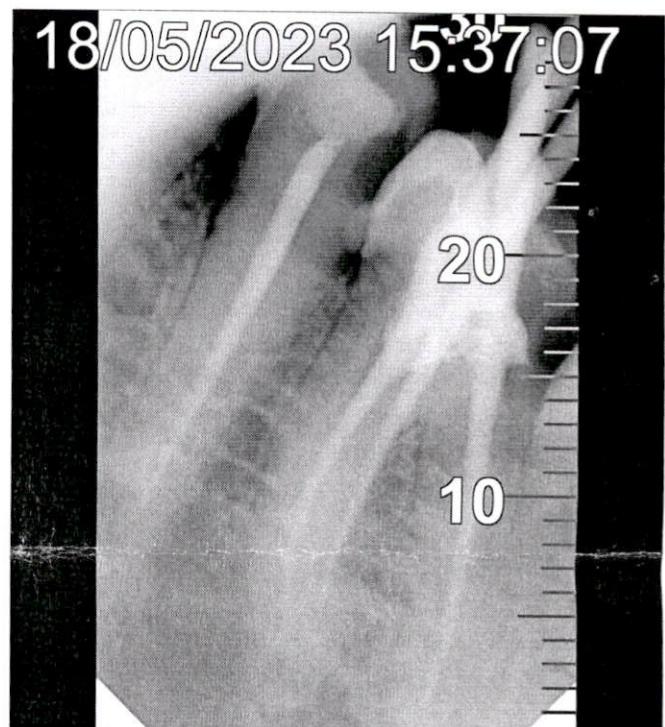
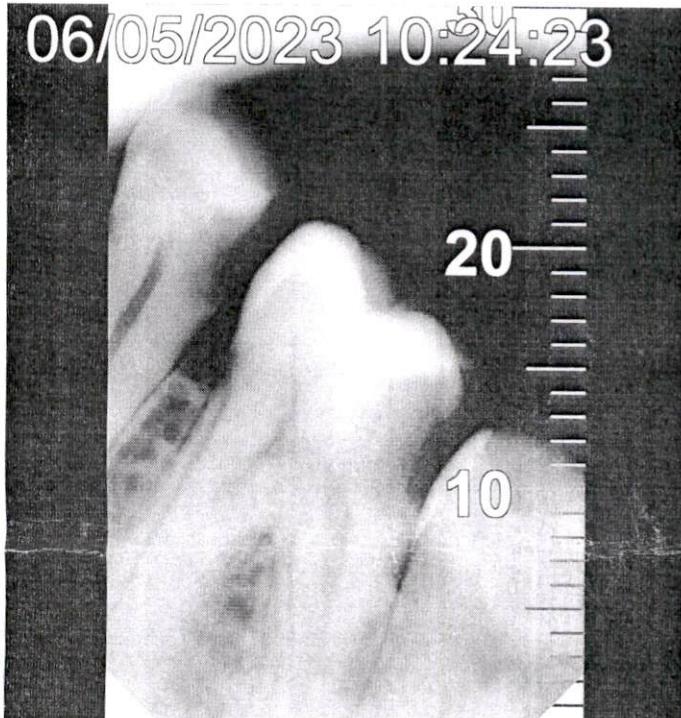
DR. CHBANI IDRISI Khalid
Dr. Chirurgien Dentiste
Angle Bd. Abdelmoumen et Rue Abou Marouane Abdelmalek,
Ange, Bd Abdelmoumen et Rue Abou Marouane Abdelmalek
Télé: 0522 86 42 84 / 0522 86 42 85 - Casablanca

CHBANI DENTAL CLINIC
Dr.Khalid CHBANI IDRISI

Angle Boulevard Abdelmoumen et Rue Abou Marouane
Abdelmalek, Quartier des Hopitaux Rés.Hicham 2ème
étage, N°6 -CASABLANCA
0522 86 42 84 - 052286 42 85

abdelghani youssef

Date de naissance: 02/09/1955



Dr. CHBANI IDRISI Khalid
Chirurgien Dentiste
Ang. Bd Abdelmoumen et Rue
Abou Marouane. Qu. des Hôpitaux
Tel: 0522.86.42.84/86.42.85 - CASA

CHBANI DENTAL CLINIC

Dr.Khalid CHBANI IDRISI

Angle Boulevard Abdelmoumen et Rue Abou Marouane

Abdelmalek Quartier des Hopitaux Res.Hicham 2eme

etage, N°6 -CASABLANCA

0522 86 42 84 - 052286 42 85

abdelghani youssef

Date de naissance: 02/09/1955

