

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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° W21-810239

A75613

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

13112

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

QASSOUD

Mehdi

Date de naissance :

22/06/1993

Adresse :

LOT RIAD ALANBAROUSS, RES ALMERIA

Tél. :

VILLA 3 - 06 84 69 16 10

Total des frais engagés : 3000,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/07/2023

Nom et prénom du malade : QASSOUD Mehdi

Age : 30

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Soin Dentaire

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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 18/09/2023



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

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	
	
	
	
	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

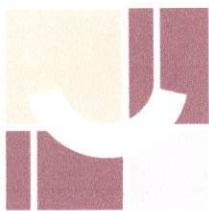
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
	14 36 —	Fonctionnel completive Dentition	D ₂₆ D ₁₅ D ₂₄
			COEFFICIENT DES TRAVAUX
			MONTANTS DES SOINS 2000,00€
			DEBUT D'EXECUTION 13/07/2023
			FIN D'EXECUTION 30/08/2023
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	MONTANTS DES SOINS 		
	DATE DU DEVIS 		
	DATE DE L'EXECUTION 		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION			



**CASA
CITY
SMILE**
DENTAL CLINIC

Casablanca, le 30/08/2023

Avant



Après



+212 (5) 22 36 30 95 / +212(5) 22 36 09 04



+212(6) 61 18 80 18



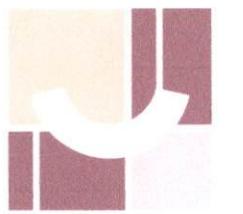
elhad@casacitysmile.



www.casacitysmile.com



20 Rue Ifrane, Cil 20 210 - Casablanca



Casablanca, le 30/08/2023

Identifiant fiscal : 42755569

Patente : 35631614

ICE : 002229790000078

INPE : 094012671

Facture établie
Au nom de ***QASSOUD Mehdi***

Je soussigné, *Docteur Mohamed EL HAD,*

Atteste avoir facturé la somme de *2000 dirhams,*
Deux Mille dirhams

Pour les actes suivants :

Détartrage

Traitement canalaire sur la 14

Composite sur la 36

Dr EL HAD Mohamed

