

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Matricule : *6811* Société : *R.A.M*

Actif Pensionné(e) Autre : *Retraité*

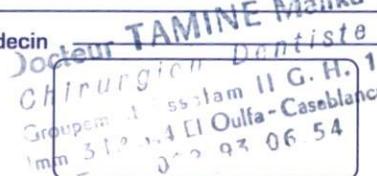
Nom & Prénom : *ELGHANNA NI MOHAMMED*

Date de naissance : *30/05/1959*

Adresse : *Salam 1, immeuble 5, N°112, oufala, casab*

Tél. : *0619 92 75 62* Total des frais engagés : *3000* Dhs

Cachet du médecin :



Date de consultation : *15/09/2023*

Nom et prénom du malade : *Mr EL GHANNAI SM MA* Age : _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *Mr EL GHANNAI SM MA*

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 : *Casa* Le : *18/09/2023*

Signature de l'adhérent(e) : *X*

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

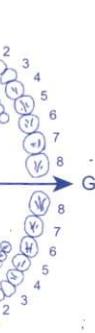
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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.

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			
	H	25533412 00000000 D ————— 00000000 B 35533411 ————— 11433553	G	Coefficient des travaux
				280
				MONTANTS DES SOINS
				Boodh
				DATE DU DEVIS
				CCM - 36
				DATE DE L'EXECUTION
				16/01/23
				TAMINE Nalika Dentiste

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Malika TAMINE

Chirugien Dentiste

— 2 —

Grp. Essalam II GH1 Imm 3 N°34

Elouffa - Casablanca

Tél.: 05 22 93 06 54 GSM : 06 63 69 81 09

الدكتورة مليكة ثمین

طبية جراحة للأسنان

٣٤٤ - رقم ٣ - العماره ١ - ج.ش. السلام ٢٠

اللائحة - الدار البيضاء

الهاتف: ٠٥٣٢٩٣٥٦٥٤ / ٠٥٦٣٦٩٨١٠٩

Note 1 hours

Casablanca, le : 16/3/23

7/16 at Gannon's south
L L

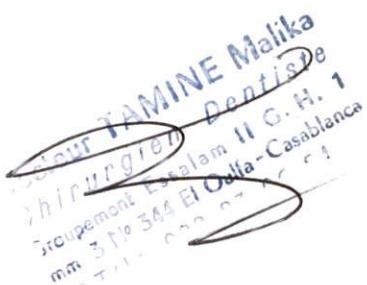
and free in the

Altur -  l . - v

Bouchay Prothei (Juni)

At the —

Title M



Name : salma, ghannani(Homme) Chart No : 20080310_030453

Date of Birth : 2008/01/01(YYYY/MM/DD)

Ex Am Th - 36

Docteur TAMINE Malika
Chirurgien Dentiste
Groupement Essalam II G.R. 1
Im. 3 N°3417 O.Ja - Casablanca
Tél : 022.93.06.54