

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.

M23- u021706

Optique 178241 Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3723

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BADR EDDINE Ghita

Date de naissance : 28/10/1998

Adresse : Rés. Al Fajr, Tam. C, N° 7, Al Yassamine

Hay Al Qada, BERNARDI, CASA

Tél. : 0691968546

Total des frais engagés : 200,00 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/09/2023

Nom et prénom du malade : BADREDDINE GHITA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Sain s. dentaire

Enfant

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Conjoint

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

Pathologie :

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.

Accès

M 10 OCT. 2023

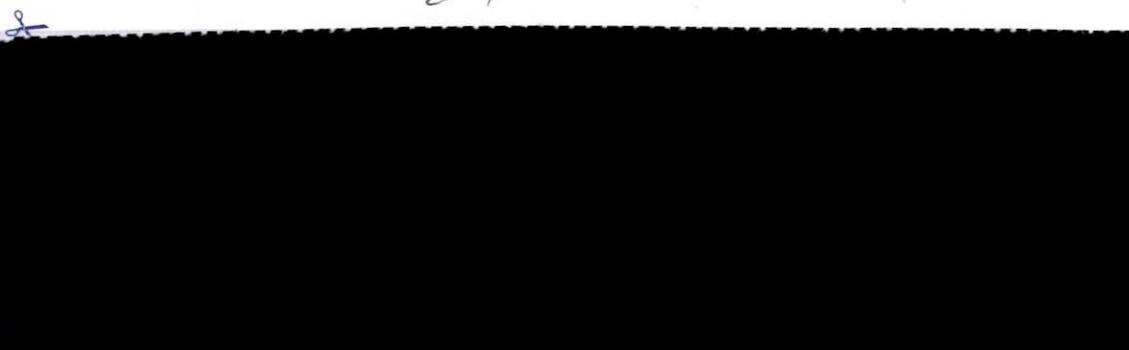
A. BOURAKBI

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 : ORGA

Le : 02/09/2023

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

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 Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

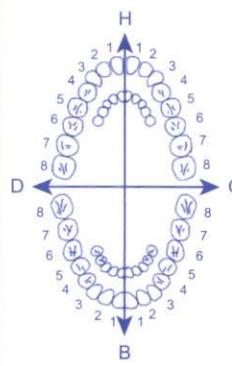
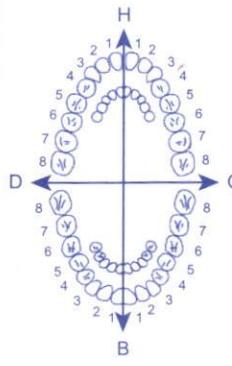
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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													
 <i>Dent d'artifice</i> <i>du bus</i> <i>Dr. Farima OUARRAK</i> <i>Bd. Ahmed Guennoun Rue 25 N° 100</i> <i>terrasse Lot. Sadaa (A. Côte de la</i> <i>pharmacie Kamel) Casablanca - Maroc - Tel: 0527 98 89</i>				D10												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				200 DH												
				DEBUT D'EXECUTION												
				02-09-23												
				FIN D'EXECUTION												
 O.D.F PROTHESES DENTAIRES DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				MONTANTS DES SOINS												
				DATE DU DEVIS												
				DATE DE L'EXECUTION												
 VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS <i>Dr. Farima Dentiste</i> <i>Chirurgien Dentiste</i> <i>Bd. Ahmed Guennoun Rue 25 N° 100</i> <i>terrasse Lot. Sadaa (A. Côte de la</i> <i>pharmacie Kamel) Casablanca - Maroc - Tel: 0527 98 89</i>				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION												

Dr. FATIMA OUARRAK

Chirurgien Dentiste

Spécialiste en Orthopédie Dento-Faciale

de l'enfant et de l'adulte

Diplômée de la Faculté de Médecine - France

05 22 73 98 00

Casablanca, le ..02..09..23

FACTURE

BADRIDDINE GHITA.

- Soin dentaire

- Afin d'établir la présente facture à la
de deux cent dirhams

(200 DT)

Dr. Fatima
Chirurgien Dentiste
Bd. Ahmed Guernaoui Rue 25 N° 100
1er étage Lot. Saâda (A. Côté de la
Pharmacie Kamal Sidi Bernoussi
Casa - Tel: (02) 73.98.00