

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0020992

Optique 178298 Autres

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8580 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : HARAR SELOUA

Date de naissance : 03.03.69

Adresse : 12, Rue ISLY B 84000 Casablanca

Tél. : 06 67 31 30 41 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ZEMMOURI MARRAKCHI M.S
Chirurgien Dentiste
11, Bd. Zerkoune Résidence
Tarfaya - Casablanca
Tél: 27.29.59 / 27.75.06

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Aissaoui kenza Age : 29

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *Grise dentaire*

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : *Pathologie*

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : *10 OCT 2023*

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 : *casab* Le : *10/10/27*

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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.

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

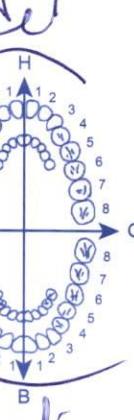
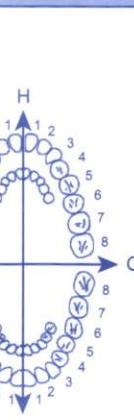
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	
	Arches des D11	D11	COEFFICIENT DES TRAVAUX	D11
	Arches des D11	D11	MONTANTS DES SOINS	600
			DEBUT D'EXECUTION	
			FIN D'EXECUTION	31/12/2011
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	B		MONTANTS DES SOINS	
			DATE DU DEVIS	
			DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN A L'EFFET DE L'EXECUTION
Dr. ZEINOUN MARRAKCHI M.S.
Praticien Résidente
11, rue Zerktouni Casablanca
Tél. 27.28.59 1 27.75.06

DR ZEMMOURI MARRAKCHI
MERYAM SALOUA
CHIRURGIEN DENTISTE
11, BD ZERKTOUNI RESIDENCE TARFAYA
CASABLANCA
TEL : 0 522 27 29 59
PATENTE 36300310
CNSS 6015970
ICE 001939171000073
INP 094012465

Casablanca, le 31/7/20

NOTE D'HONORAIRES N°
DE MME/MLE/MR... *Assadi Key*

La note d'honoraires s'élève à un montant de
..... 600 dhs
(..... 600 dhs)
Correspondant aux soins suivants :

Det Ansd Dn

Det Ansd C Dn

*... ZEMMOURI MARRAKCHI ...
Chirurgien Dentiste
11, Bd. Zerkouni Résidence
Tarfaya - Casablanca
tel. 27 29 59 / 27 75 06*