

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

- Réclamation : 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.

N° W21-810407

Coussi

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 8868	Société : RAM	<input type="checkbox"/> Autres
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : KHOUHYI SAMIRA 18/1518		
Date de naissance : 02/08/1966		
Adresse :		
Tél. : 0661538003 Total des frais engagés : 18000 Dhs		

Cadre réservé au Médecin

Docteur AOMAR LATRACH
Chirurgien-Dentiste-Implantation
Dentaire-Orthopédie-Dento-Faciale
Sidi Maarouf 6 Av. Farouki Rahali
N°175 Casab - Tél. 03 22 90 50 27

Cachet du médecin :			
Date de consultation : Cora, 11/10/2023	Age:		
Nom et prénom du malade : KHOUHYI SAMIRA		Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même		
Nature de la maladie :	Suis 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 : *Cora* Le : *11/10/2023*

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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													
		11 Composite D 20		INPE 094016342													
		T.G à 8 canines															
		2 D 20		Coefficient DES TRAVAUX D 60.													
				MONTANTS DES SOINS 1800,-													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION 11/10/2012													
O.D.F PROTHÉSES 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 colspan="2">B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B		35533411	11433553	G			COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	H	25533412	21433552														
	D	00000000	00000000														
	B		35533411	11433553													
	G																
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
DATE DU DEVIS																	
DATE DE L'EXECUTION																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																	

Orthopédie Dentofaciale
Implantation Dentaire
Soins Au Laser
Les Facettes Dentaire
Blanchiment Dentaire



تقديم اعوجاج الأسنان
غرس الأسنان في الفك
العلاج بالليزر
تلبيس الأسنان
تبني الأسنان

Casablanca, le : 11/10/2023

Facture N° : 1110123 / 20..

A : M. M. M.

Je soussigné, certifié avoir reçu Monsieur: KHOUYI SAMIRA
Pour soins

- Soins
- Prothèse
- ODF
- Implant

Dont le travail est achevé à la date du : 11/10/2023

Et dont le montant est arrêté à la somme de : 1800,- mille huit
cent DHS

BMCI

Agence Casa Sidi Maârouf

Compte N° : 013780010060011760019548

Docteur AOMAR LATRACH
Chirurgien Dentiste-Implantation
Dentiste-Orthodontie-Dentofaciale
Sidi Maârouf 6 AV. Farouki Rahali
N°173 Casab - Tel: 05 22 80 99 27