

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.

M23-007177

Maladie

Dentaire

Optique **ACC Dent** Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **10008**

Société : **ROYAL AIR MAROC**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MAZHARI

BONNETRA

17600

Date de naissance :

28/06/76

Adresse : **390, Bd de RABAT CASABLANCA**

Tél. : **06.61.26.41.63** Total des frais engagés :

1000

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

1 SEPTEMBER 2023

Age:

Nom et prénom du malade : **IPHIAIN SOPHIA**

ACCUEIL

Enfant

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

DELISSATION DENTAL + BOAS

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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.

03 NOV. 2023

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.

Le : /

Fait à :

..... nature 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 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 canalaire, 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
				Coefficient des Travaux
				25000H
				DATE DU DEVIS
				16/9/23
				DATE DE L'EXECUTION
				25/9/23
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

O.D.F PROTHESSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession

en
4 sens
3/11/23
3/11/23

Dr. BENE
Dentiste

Dr. BENE
Dentiste

Dr. BENE
Dentiste

Dr. BENE
Dentiste

N° Dossier: 176020 

N° Dossier externe: ACC-11108-20/09/2023

Type de dossier: DENTAIRE

Bénéficiaire: IKHIAR SOFIA

Situation: Notifié

Sous-situation: ---

Date de début: 20-09-2023 

Date de fin: 

Date de saisie: 20-09-2023

Événement: 

Commentaires pour l'édition

 Ajouter

Commentaires existants [+]

Date	Type	Commentaire
22-09-2023	Manuel	ACC D90 4EME SEM ODF

Centre Dentaire

Dr.Yasmina BENLEMLIH

Orthodontie - Parodontie

Implantologie - Invisalign

Diplômée de la F.M.D.C

Ancienne Attachée au CCTD de Casablanca



مركز طب الأسنان

د. ياسمينة بن المليح

تقويم الأسنان - علاج اللثة

زرع الأسنان - تبييض

خريجة كلية طب الأسنان بالدار البيضاء

ملحقات سابقة بالمركز الإستشفائي الجامعي للدار البيضاء

FACTURE N°: FA1766/23

Casablanca le: 16/09/2023

l'enfant IKHIAR Sofia

DATE	Dent	Actes	Code	Honoraire
09/09/2022	0	traitement ortho		2500

Total : 2 500,00

Arrêté la présente Facture à la somme de : DEUX MILLE CINQ CENTS



ICE:001740630000072 INP:094011459 PAT:40800282

32, Bd Bir Anzarane, 1^{er} étage , N° 2 - au dessus de Moumni Bir Anzarane - Casablanca

32، شارع بئر أنزاران، الطابق الأول، رقم 2 - فوق مومني بئر أنزاران

Tél. : 05 22 23 44 79 - E-mail : yasminabenlemlih2019@gmail.com