

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.

M22- 0050768

Optique *181376* Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : *11108*

Société : *ROYAL AIR MAROC*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *NEF SHARI*

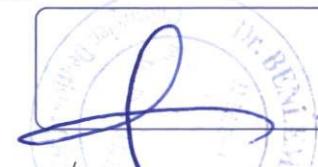
Date de naissance : *18/06/76*

Adresse : *390, Bd de Bourgogne, CASABLANCA*

Tél. : *06.61.61.63* Total des frais engagés : *400-Dhs* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : *Ibrahim Sofia*

Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : *Soins dentaires*

Enfant

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie : *09 NOV. 2023*

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 :

Le :

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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

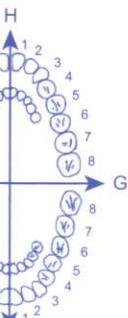
AUXILIAIRES MEDICAUX

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
		<p><i>Bas gig vertébre D</i> 31 32 33 du Bas 11 14 24 3</p>	
			<p>Coefficient DES TRAVAUX <i>D 30</i></p>
			<p>MONTANTS DES SOINS <i>foot</i></p>
			<p>DEBUT D'EXECUTION <i>23/9/23</i></p>
			<p>FIN D'EXECUTION <i>23/9/23</i></p>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <p>H 25533412 21433552 D 00000000 00000000 B 00000000 00000000 G 35533411 11433553</p> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX </p> <p>MONTANTS DES SOINS </p> <p>DATE DU DEVIS </p> <p>DATE DE L'EXECUTION </p>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p> 		

Centre Dentaire



Dr.Yasmina BENLEMLIH

Orthodontie - Parodontie

Implantologie - Invisalign

مركز طب الأسنان

د. ياسمينة بن المليح

تقويم الأسنان - علاج اللثة

زرع الأسنان - تبييض

Diplômée de la F.M.D.C

خريجة كلية طب الأسنان بالدار البيضاء

Ancienne Attachée au CCTD de Casablanca

ملحقات سابقة بالمركز الإستشفائي الجامعي للدار البيضاء

FACTURE N° : FA1783/23

Casablanca le: 23/09/2023

l'enfant IKHIAR Sofia

DATE	Dent	Actes	Code	Honoraires
23/09/2023	31.32033 31.42.47	gingivectomy B.G.B		700

Total : 700,00

Arrêté la présente Facture à la somme de : SEPT CENTS



ICE:001740630000072 INP:094011459 PAT:40800282

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

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

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