

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.

MUPRAS
RECEPTIONS

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 1790 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : HAMIL BEN DAOUAD

Date de naissance : 1952

Adresse : H30 LOT EL WAFRA A 884001

Tél. : 06.63.23.93.94 Total des frais engagés : 500,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 18/10/2023

Nom et prénom du malade : ZAKIA HAMIL Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Ag. la dent. 35

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 : Dev. m.a. Le : 18/10/2023

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

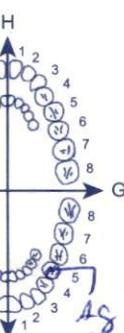
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	
	35	Ag	1,5	COEFFICIENT DES TRAVAUX 1,5
				MONTANTS DES SOINS 500h
				DEBUT D'EXECUTION 18/10/23
				FIN D'EXECUTION 18/10/23

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr.ZERRADI Yahya

Médecin Chirurgien Dentiste

Lauréat de la faculté de médecine
dentaire de Casablanca

Ex-attaché au CHU IBN ROCHD

SOINS • CHIRURGIE • ORTHODONTIE
PROTHÈSE • BLANCHIMENT



د. يحيى زradi

طبيب جراح للأسنان

خريج كلية طب الأسنان بالبيضاء

ملحق سابق بالمستشفى

الجامعي ابن رشد

علاج • جراحة • تقويم

تعويض • تبييض

Deroua, le : 18 / 10 / 2023 الدروة، في :

NOTE D'HONORAIRES

Docteur ZERRADI Yahya à l'honneur de présenter ses meilleures salutations

à M.(Mme) (Mlle) Z.A.KIA HAMILOU

Et lui adresse pour les intervention suivantes :

..... A.g. 1a. Lent. 35

Sa note d'honoraires soit la somme de :

..... 4500,00 Dh =

..... quatre...cinq...cents...Dirhams.

Cachet et signature du médecin

96, جزءة المدينة 1 . شارع أم الريحان . الطابق الأول - الدروة - النواصر

96, Lot. Al Madina 1, Bd. Oum Errabii, 1 er Etage - Deroua - Nouaceur

ICE: 00168070700033 - Tél./ Fax : 05 22 51 49 53