

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 790 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Amrani Idrissi Moulay Aissa

Date de naissance :

Adresse : INARA II Rue 1 n°44 Sidi El Oue

Tél. : 06684061893 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/11/2023

Nom et prénom du malade : Amrani Idrissi Moulay Aissa Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Soins dentaires

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.

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) : AMRANI IDRISI MOLAY AISSA

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

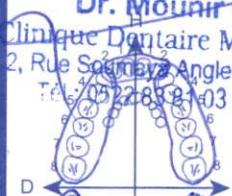
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

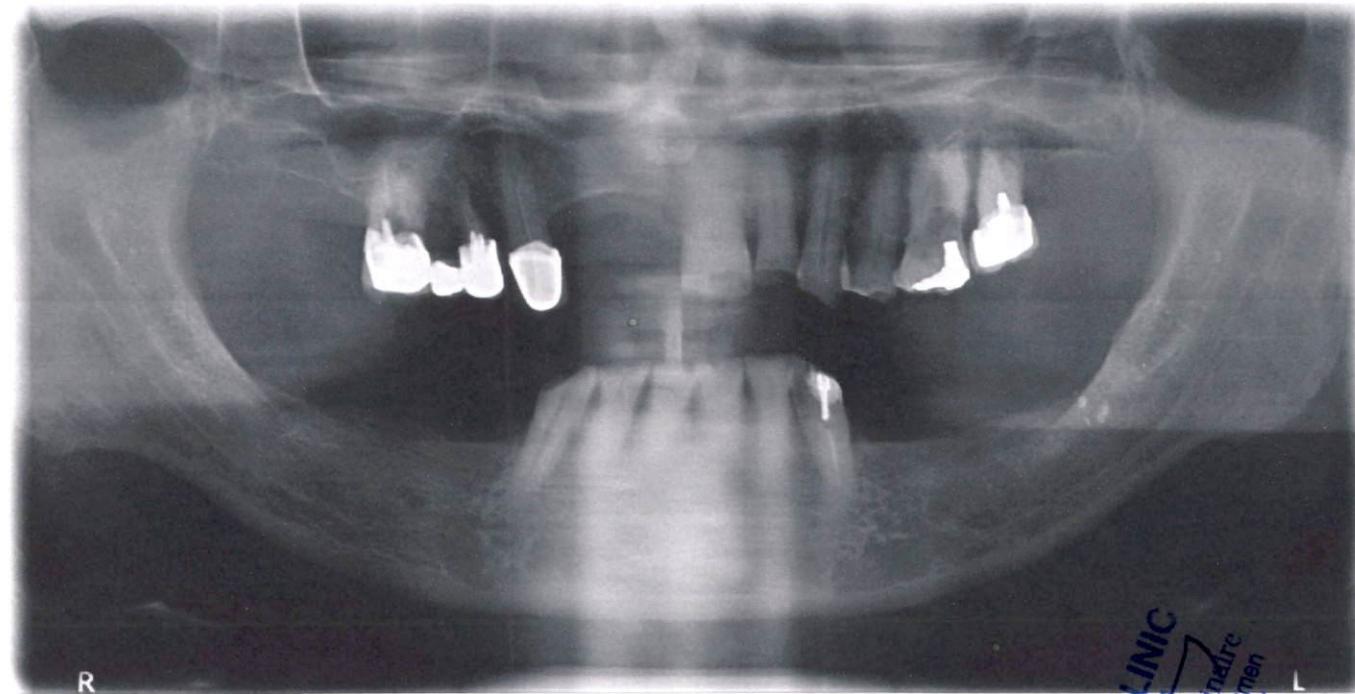
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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>CHRAIBI DENTAL CLINIC Dr. Mounir CHRAIBI Clinique Dentaire Multidisciplinaire 2, Rue Soumaya Angle Bd. Abdelmoumen Tél : 0522 83 81 03 / 0522 25 28 87</p> 	<p>5^{teeth} antéro inf Dr. Mounir CHRAIBI secteur antéro sup Clinique Dentaire Multidisciplinaire droit 2, Rue Soumaya Angle Bd. Abdelmoumen Tél : 0522 83 81 03 / 0522 25 28 87</p>	<p>5^{teeth} antéro inf Dr. Mounir CHRAIBI secteur postero inf Clinique Dentaire Multidisciplinaire droit 2, Rue Soumaya Angle Bd. Abdelmoumen Tél : 0522 83 81 03 / 0522 25 28 87</p>	<p>5^{teeth} antéro sup Dr. Mounir CHRAIBI secteur postero sup Clinique Dentaire Multidisciplinaire gauche 2, Rue Soumaya Angle Bd. Abdelmoumen Tél : 0522 83 81 03 / 0522 25 28 87</p>
<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p>	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p>	<p>H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G</p>	<p>MONTANTS DES SOINS</p>
<p>D</p>	<p>B</p>	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	<p>Coefficient DES TRAVAUX</p>
<p>G</p>	<p>B</p>	<p>DATE DU DEVIS</p>	<p>DATE DE L'EXECUTION</p>
<p>CHRAIBI DENTAL CLINIC Dr. Mounir CHRAIBI Clinique Dentaire Multidisciplinaire 2, Rue Soumaya Angle Bd. Abdelmoumen Tél : 0522 83 81 03 / 0522 25 28 87</p>	<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p>	<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p>	



**CHRAIBI**
DENTAL CLINIC
BY DR Mounir CHRAIBI

Mr :AMRANI IDRISI MOULAY AISSA

CHRAIBI DENTAL CLINIC
Dr. Mounir CHRAIBI
clinique Dentaire Multidisciplinaire
Rue Soumaya Angle Bd. Abdellmoumen
Tél : 0522 83 81 03 / 0522 25 28 87

ICE : 0016361000061

IF : 40192673

INPE : 094178563

LE 14/11/2023

FACTURE

Je soussigné **DR CHRAIBI MOUNIR**, atteste par la présente avoir reçu le/la patient(e) : **Mr : AMRANI IDRISI MOULAY AISSA**

ACTES :CURETAGE PARODONTAL INF ET SUP

COEFFICIENT : D10*6

Le montant total de la présente note s'élève à **QUATRE MILLE DEUX CENTS DIRHAMS**
(4200, 00 DHS).

*CHRAIBI DENTAL CLINIC
Dr. Mounir CHRAIBI
Clinique Dentaire Multidisciplinaire
2, Rue Soumaya Angle Bd. Abdelmoumen
Tel : 0522 83 81 03 / 0522 26 28 87*