

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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)

PR4FF05/N2/20-10-2023

Matricule : g... Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MORABBI Ned

Date de naissance : 04/09/66

Adresse :

Tél. : 066717378 Total des frais engagés : 2000,00 Dh Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Mona El Ouadji Chraibi
Chirurgien Dentiste et Implantologue
33, Avenue des Platanes - App.12 - RDC
Mohammed V - Tel. : 021 523 3297 98
Patiente N° : 29402054

Date de consultation : 15/01/2024

Nom et prénom du malade : Morabbi Ned Age : _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Symptômes

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) : _____



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 Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

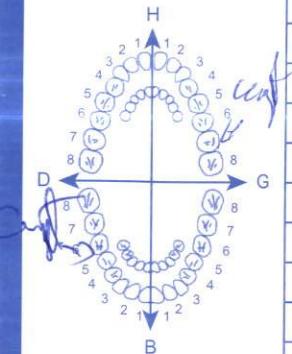
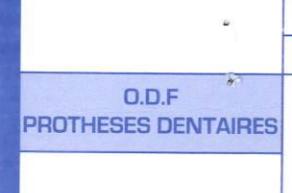
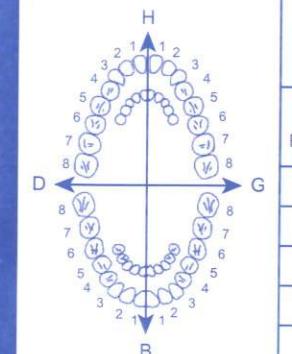
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	Coefficent									
 <i>Detudé (2 dents)</i>	<i>D 24</i>	<i>(2 fangs)</i>	<i>D 15</i>									
 <i>W b (Crown) (2 fangs)</i>	<i>D 25</i>	<i>(2 fangs)</i>	<i>D 15</i>									
<i>Dr. Moncef El Quadili Chraibi Chirurgien Dentiste Implantologue 23, Avenue des Frères APPS 2ème étage Tunisie - 1007 Télé : +212 523 32 21 qt Patente N° : 3407/65</i>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES												
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE												
<table border="0" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: left;">H</td> <td style="text-align: right;">25533412</td> <td style="text-align: right;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: left;">D</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: left;">B</td> <td style="text-align: right;">35533411</td> <td style="text-align: right;">11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553
H	25533412	21433552										
D	00000000	00000000										
B	35533411	11433553										
 <i>(Création, remont, adjonction)</i> <i>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</i>												
Coefficient des Travaux												
Montants des Soins												
Date du devis												
Date de l'exécution												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION												

Dr. Mona EL OUADILI CHRAIBI
Chirurgien-Dentiste



الدكتورة منى الواضيلي الشرابي
طبيبة جراحة الاسنان

Cabinet Dentaire
25/09/2024
de chirurgie

FACTURE

Mohammedia le :

Patient : Mr MORABBI Ilias (2657)

Dent	Acte	Honoraire
1848	Détartrage complet sus et sous gingival	890,00
27	Composite	600,00
46	Composite	600,00
TOTAL		2 000,00

Somme arrêtée à : deux mille dirhams

Dr.Mona El ouadili chraibi
Dr. Mona El Ouadili Chraibi
Chirurgien Dentiste Implantologue
33, Avenue des Far App 12 RDC
Mohammedia Tel : +212 523 32 97 98
Patente : 39402054

33, Avenue des F.A.R app 12 RDC, Mohammedia, 28000

Tél : +212 5 23 32 97 98, Email : mona.elouadili@gmail.com, Patente : 39402054

ICN: 001581 03 00000087

PF: 65 60 80 84