

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.

M23-0023606

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule 02848 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom Falla S. Boushra

Date de naissance 01/01/1940

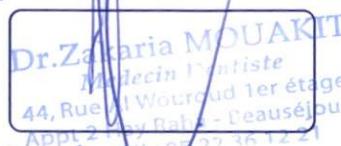
Adressé : 18 Rue Cheikh Amonamane, 1er étage n°2

Haj Erakha

Tél. 068245002 Total des frais engagés : 400 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17/01/2024

Nom et prénom du malade : Falla S. Boushra Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Sans maladie

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : 167

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 : Casab Le : 17/01/2024

Signature de l'adhérent(e) : Couvert





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
17/01/2014	Despach	1	400	DR. ZAIDI DENTISTE CASA - TÉL: 0524 22 11 22

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

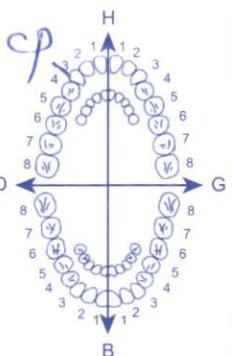
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	compt	DAD	DAD
	D			MONTANTS DES SOINS
	G			400.00
	B			
				DEBUT D'EXECUTION
				17/01/2014
				FIN D'EXECUTION
				17/01/2014
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr. Zakaria MOUAKIT

عيادة النور لطب الأسنان CABINET DENTAIRE ANNOUR

وقاية - علاج الأسنان - أمراض اللثة - جراحة و زراعة الأسنان - تقويم الأسنان
PROPHYLAXIE - SOINS DENTAIRES - PARODONTIE - ORTHODONTIE - CHIRURGIE & IMPLANTOLOGIE - PROTHÈSE FIXE ET MOBILE

Casablanca le : 17/01/24

facture

Le montant des soins réalisés pour M^r Falak
Brahim revient à 400.000Dhs
(quatre cent dirhams)

Dr. Zakaria MOUAKIT
Medecin Dentiste
44, Rue Al Wouroud 1er étage
Appt 2 Hay Raha Beauséjour
T.P: 34801785 - I.F: 14372856 - ICE: 001947097000053

زنقة الورود، رقم 44، الطابق الأول، شقة 2، حي الراحة - بوسigour - "أمام مسجد النور" - الهاتف : 05 22 36 12 21

44, Rue Al Wouroud, 1^{er} étage, Appt 2, Hay Raha Beauséjour - « en face de la mosquée Annour » - Tél. : 05 22 36 12 21

T.P: 34801785 - I.F: 14372856 - ICE: 001947097000053