

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

0 Réclamation	: contact@mupras.com
0 Prise en charge	: pec@mupras.com
0 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.

N° W21-691470

176877

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8689

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MOUZOUNE HICHAM

Date de naissance :

06.10.1966

Adresse :

CTTE EL KARIA BLOC 2 N°54 CASABLANCA 04

Tél. : 0661 0662 63

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

22-09-20

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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.

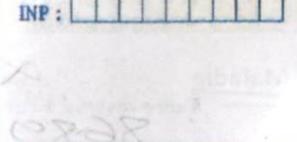
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

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
.....	INP : <input type="text"/> 
.....
.....

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

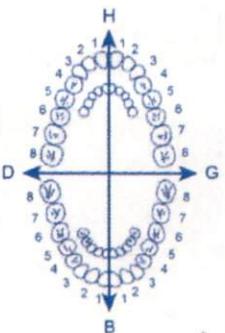
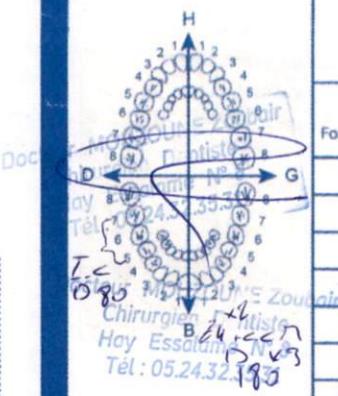
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
.....	
.....	
.....	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient										
	INP : <input type="text"/>										
.....	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
.....	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
.....	DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>										
.....	FIN D'EXECUTION <input type="text"/>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</th> </tr> <tr> <th>H</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D 00000000 35533411</td> <td>G 00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> <p></p>				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D 00000000 35533411	G 00000000 11433553	B	
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
H	G												
25533412 00000000	21433552 00000000												
D 00000000 35533411	G 00000000 11433553												
B													
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DEVIS

NOTE D'HONORAIRES

Nom et prénom du médecin dentiste: MOUZOUNE Zoubair
 N° de l'INPE: 074177379
 N° de l'ICE: 002031770000075
 N° de l'IF: 20691643
 Nom et prénom du patient: Flouzoune Hicham

Date 22.09.23

أسنان مسالحة Dents traitées	رمز المطبليات Valeur Clé	تاريخ المطبليات Dates des actes	مطبليات Lettre clé + Cotation NGAP	نوع المطبل Valeur Clé	المبلغ الم fakturé Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأسنان Signature et Cachet du Médecin Dentiste
	T169			24	1000DH	Docteur MOUZOUNE Zoubair Chirurgien Dentiste Hoy Essalam N° 8 Tél: 05.24.32.35.31
45	D258			D80	500DH	Docteur MOUZOUNE Zoubair Chirurgien Dentiste Hoy Essalam N° 8 Tél: 05.24.32.35.31
45.46	D254			D180	2500DH	Docteur MOUZOUNE Zoubair Chirurgien Dentiste Hoy Essalam N° 8 Tél: 05.24.32.35.31
47						

Montant global: 7200 DH

Mode de paiement

Espèces

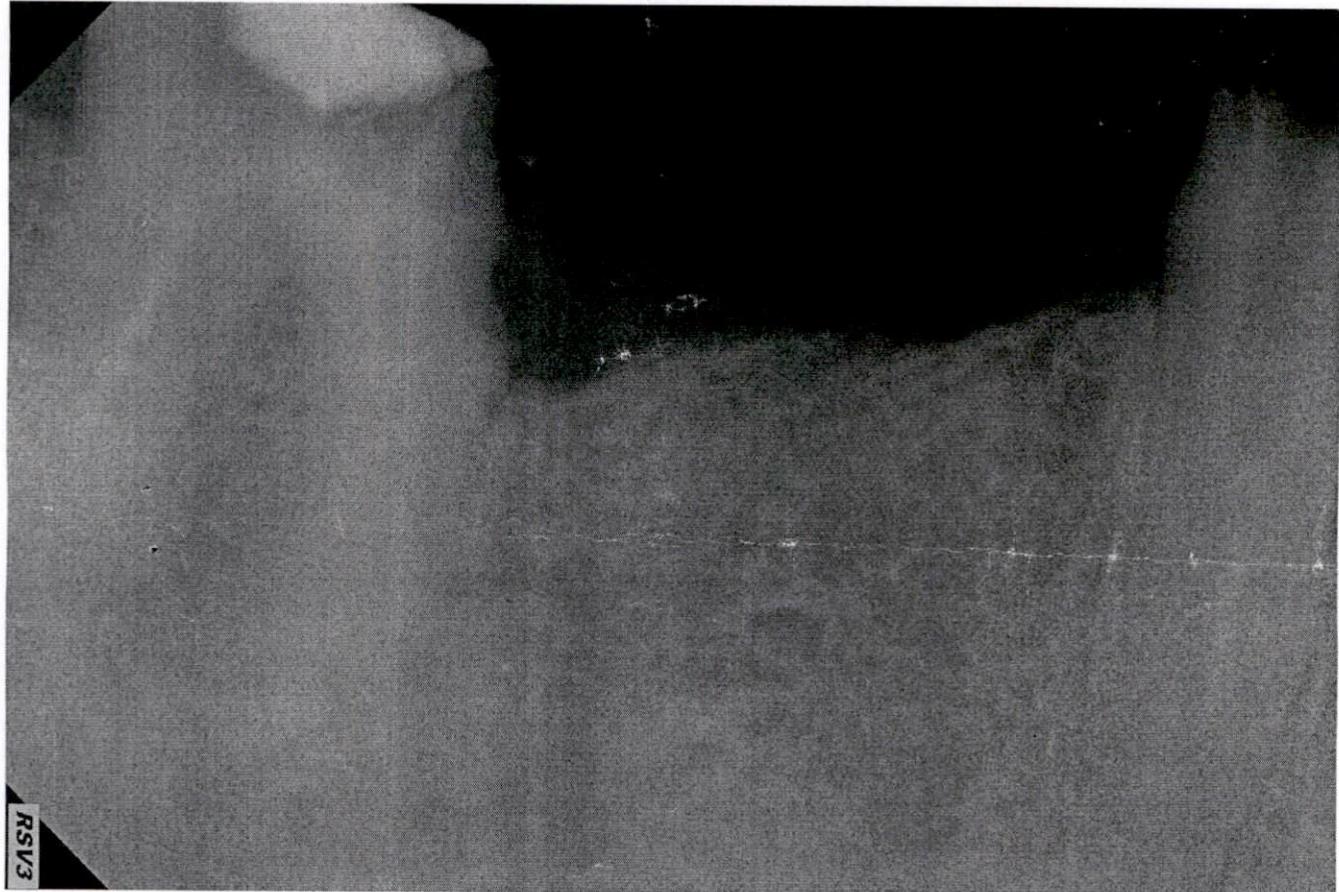
Chèque

Signature et cachet

Adresse: Hoy essalam N° 8 Ben Guenr.

Téléphone: 05.24.32.35.31

Docteur MOUZOUNE Zoubair
Chirurgien Dentiste
Hoy Essalam N° 8
Tél: 05.24.32.35.31



Date de prise du cliché : 22/09/2023

Dents : 15+16+17

Commentaires :

Docteur MOUZOUI'E Zoubair
Chirurgien Dentiste
Hay Essalam N° 8
Tél : 05.24.32.35.31

NOTE D'HONORAIRES

Nom et prénom du médecin dentiste: MOUZOUNE Zoubair

N° de l'INPE: 074177379

N° de l'ICE: 002031770000075

N° de l'IF: 20691643

Nom et prénom du patient: Nourzoune Hicham

Date 05-12-2023

أسنان مسالجة Dents traitées	رمز العمليات Valeur Clé	تاريخ العمليات Dates des actes	سائل العمليات Lettre clé + Cotation NCAP	نوع الماء Valeur Clé	المبلغ المفترض Montant facturé	توقيع وظابط طبيب الأسنان Signature et Cachet du Médecin Dentiste
45+46+ 47	T159		2/4		100 DH	Docteur MOUZOUNE Zoubair Chirurgien Dentiste Hay Essalam N° 8 Tél: 05.24.32.35.31
45	D T58		D 80		500 DH	Docteur MOUZOUNE Zoubair Chirurgien Dentiste Hay Essalam N° 8 Tél: 05.24.32.35.31
45+46+ + 47	D T54		D 180		750 DH	Docteur MOUZOUNE Zoubair Chirurgien Dentiste Hay Essalam N° 8 Tél: 05.24.32.35.31
45+46+ 47	T159		2/4		100 DH	Docteur MOUZOUNE Zoubair Chirurgien Dentiste Hay Essalam N° 8 Tél: 05.24.32.35.31

Montant global: 1800 DH

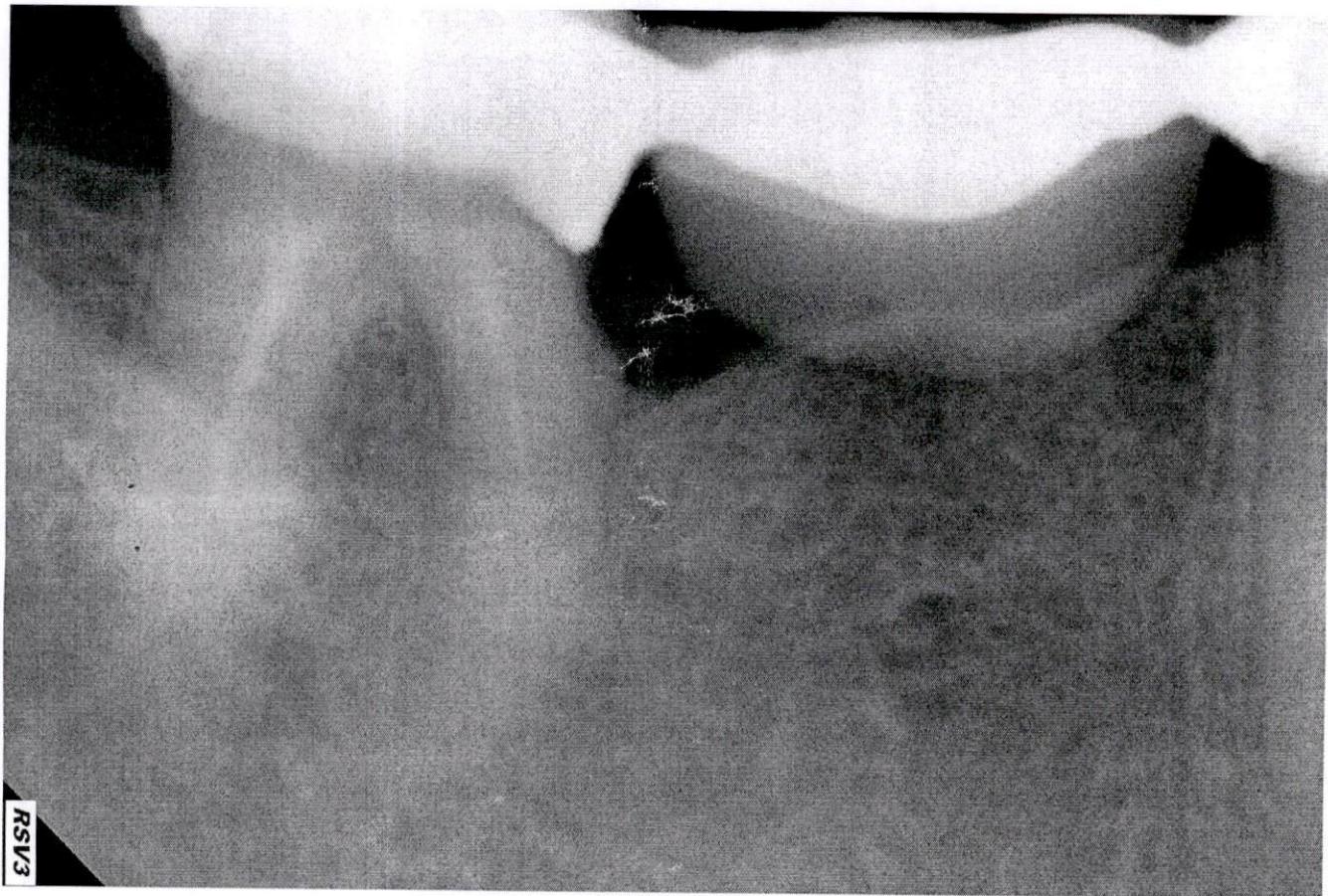
Mode de paiement

Espèces

Chèque

Adresse Hay Essalam N° 8 Ben Guenf.

Signature et cachet
Docteur MOUZOUNE Zoubair
Chirurgien Dentiste
Hay Essalam N° 8
Tél: 05.24.32.35.31



Date de prise du cliché : 05/12/2023

Dents : 45 + 46 + 47

Commentaires :

Docteur MOUZOUNE Zoubair
Chirurgien Dentiste
Hay Essalame N° 8
Tél : 05.24.32.35.31