

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

W21-835021

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : **11462**

Société : **RAT**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **KADJAS NAHAL**

Date de naissance :

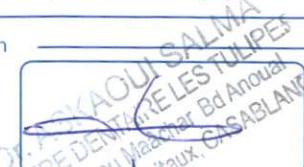
Adresse :

Tél. : **0665100783**

Total des frais engagés : **11.00,00** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **13/01/2024**

Nom et prénom du malade : _____ Age : _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : _____



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 Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

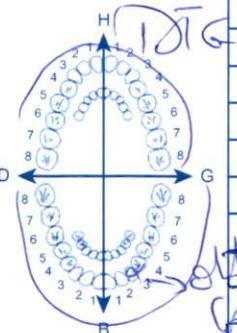
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 | Montant des Honoraires | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|---|----------------|---------------------------------------|-------------|------------------------|-------------------------|
|  | H → D ← G ← B | 1 ^{er} Scan D _{1,2} | 3500h | D _{1,2} x 2 | |
| | | D _{1,2} | 3500h | D _{1,2} | |
| | | gen ^e | 3500h | MONTANTS DES SOINS | |
| | | d _{1,2} | 3500h | 11000h | |
| | | 33 old p D _{1,5} | 4000h | DEBUT D'EXECUTION | |
| | | 33 old p D _{1,5} | 4000h | 13101124 | |
| | | 33 old p D _{1,5} | 4000h | FIN D'EXECUTION | |
| | | 33 old p D _{1,5} | 4000h | 24101124 | |

*Centre de Santé SALINIERES TUNIPES
9 Rue Abbe Maubert
Hôpital de la Croix Blanche*

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

| DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | MONTANTS DES SOINS | DATE DU DEVIS | DATE DE L'EXECUTION |
|---|----------|--------------------|---------------|---------------------|
| H | G | | | |
| 25533412 | 21433552 | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | |
| D | B | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | |
| 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



Casablanca Le : 24/01/2024

Facture N° : 0007/2024

CLINIQUE DENTAIRE LES TULIPES.

9, rue Abou Mâachar, Apt 6 - 2éme étage, Bd Anoual, Quartier des Hôpitaux - casablanca.

Patient : Mme NAWAL KADJAJ

| DATE | DESCRIPTION | PRIX |
|------------|--|-----------|
| 13/01/2024 | Detartrage bimaxillaire Lettre clé : D Cotation : 12 Valeur clé : 12 | 700.00 DH |
| 24/01/2024 | Curetage et obturation coronaire de cavité composée de 3 faces et plus Code : D702 Lettre clé : D Cotation : 15 Valeur clé : 17.5 | 400.00 DH |

Total : **1,100.00 DH**

Arrêtée la présente facture à la somme de **mille cent dirhams**.

UL ASKAUI SALIVI
CENTRE DENTAIRE LES TULIPES
9, rue Abou Mâachar, Bd Anoual
Quartier des Hôpitaux - CASABLANCA

9, rue Abou Mâachar, Apt 6 - 2éme étage, Bd Anoual, Quartier des Hôpitaux - casablanca.

Téléphone : **0664044019/0520043693** | E-mail : **lestulipeslestulipes@gmail.com**

IF : 39401062 | ICE : 2352036000055