

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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	8806	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	ZAOUI MOHAMED 1976
Nom & Prénom :		ZAOUI MOHAMED 1976	
Date de naissance :		18-08-1967	
Adresse :		RUE 3 N 21 LOT 10 HABIA CASA BLATICA	
Tél. :		061421166 Total des frais engagés : Dhs	

Autorisation CNDP N° : AA-215/2010

Cadre réservé au Médecin
Cachet du médecin :
DOCTEUR NAAMI SAADIA Médecin Dentiste Av. N° 3 Bernoussi Casa Tel: 06 22 73 25 25
Date de consultation :
Nom et prénom du malade :
ZAOUI MOHAMED
Lien de parenté :
<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même
<input type="checkbox"/> Conjoint
<input type="checkbox"/> 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 :
Signature de l'adhérent(e) :
ACCUEIL MUPRAS 17/01/2011



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 : [REDACTED]

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
		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 canalaires, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]
[REDACTED]	28 08-	D ₃₀		
[REDACTED]	27 Traitat	D ₃₅		
[REDACTED]	12 Ba	D ₃₀		

COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED] 055

MONTANTS DES SOINS [REDACTED] 1400 DT

DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]

FIN D'EXECUTION 26/2/24

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	Coefficient
[REDACTED]	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B	COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
[REDACTED]	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
[REDACTED]		DATE DU DEVIS [REDACTED]
[REDACTED]		DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOCTEUR NAIMA SAADIA
N° 35533411
Date : 06/22/73

Docteur NAAMI Saadia
Chirurgien Dentiste

الدكتورة أنعامي السعدية
طبيبة جراحة للأسنان

Soins - Prothèse
Chirurgien - Implants - Orthodontie

علاج - تعويض
جراحة - زرع - تقويم

CASABLANCA, LE

26/02/2024.

ORDONNANCE

Fracture

je Sais que DOCTEUR NAAMI SAADIA
Chir. Dentiste
Av. H N° 3 Bernoussi Casa
Tél : 06 22 73 25 25

est fin

avoir effectué à 0^o 24041 - Orlaat =

- 87^o de la dent 28 - D₂₈ + 7B - D₂₀
- l'unité de la dent 27 - D₂₅ + 7B - D₂₀
Donc le total
1400 DA.

DOCTEUR NAAMI SAADIA
Chirurgien Dentiste
Av. H N° 3 Bernoussi Casa
Tél : 06 22 73 25 25

الرقم 3 سيدى البرنوصى - البيضاء (H) أمل 1 شارع سهيب الرومي
Amal 1 Bd Souhaib Roumy (H) N° 3 Sidi Bernoussi - Casa
الهاتف: 0522 73 25 25

Né(e) le :

