

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.

M23-0023194

192366
Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2698 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BOUMZAI 6. hachoucine

Date de naissance :

02/07/1953

Adresse :

Lot SIDI Abderrahmane Rue 29 N°60

Tél. 0633529200 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr: DAZINE - Mohamed
CHIRURGIEN DENTISTE
Bd. Mokhtar Ben Ahmed
El Garnaoui N° 240 El Qods
Bernoussi Tél: 73.82.24 Casablanca

Date de consultation : 6/3/24

Nom et prénom du malade : A.FRIDOU NAJAT Age: 56

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : consultation

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : H

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : maladie

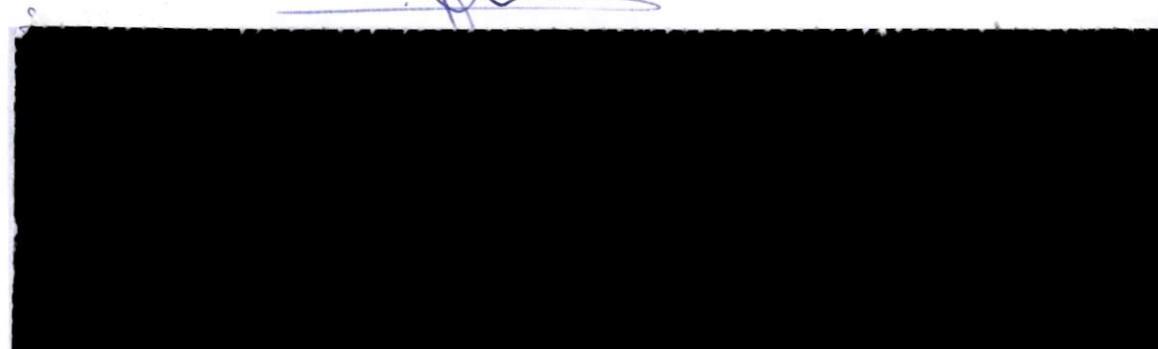
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : CASABLANCA

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

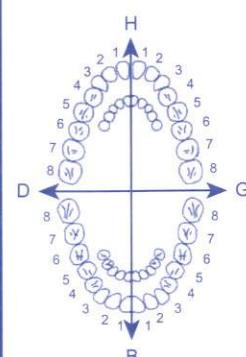
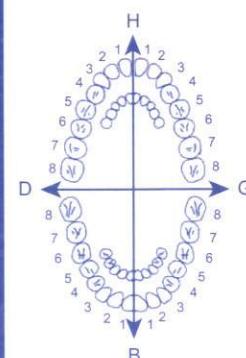
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Cœfficient									
												
												
<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p> <p>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="0"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553
H	25533412	21433552										
D	00000000	00000000										
B	35533411	11433553										
<p>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DATE DU DEVIS</p> <p>DATE DE L'EXECUTION</p> <p>Dr: DAZINEN - Mohamed CHIRURGIEN Bd. Mokhtar El Garnaoui N° 240 El Qods Bernoussi Tel: 03.22.24.00.00 Casablanca</p>												
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p> <p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p>												

Dr. DAZINE Mohamed

Chirurgien dentiste

Bd. Mokhtar Ben Ahmed El Garnaoui
N° 240 Hay El Qods Bernoussi - Casa
Tél.: 0522.73.82.24

الدكتور محمد دازين

طبيب جراحي للأسنان

شارع المختار بن أحمد الكرناوي
رقم 240 حي القدس - البرتغالي
البيضاء - الهاتف: 05.22.73.82.24

Casablanca, le : 6 - 3 - 14

Nom: AFRIDOU MAJAT

- Argentini 1 g socht

PPV: 118,00 DH

LOT: 653210

PER: 07/25

socht

2 x 1/3

Dr. DAZINE - Mohamed
CHIRURGIEN DENTISTE
Bd. Mokhtar Ben Ahmed
El Garnaoui N° 240 El Qods
Bernoussi Tél: 73.82.24 Casablanca