

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8826

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

2AOUI mohamed

Date de naissance :

18 - 08 - 1967

Adresse :

HOUSNIA LSS HAFIA SIDI MOUSSA

Code postal :

10000

Tél. : 06 61 42 11 66

Total des frais engagés : 300 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DOCTEUR NAAM SAADIA
Chirurgien E.
Av. H N° 3 Bernoulli, Casablanca
Tel : 05 22 73 26 25

Date de consultation :

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) :

VOLET ADHÉRENT

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVÉ DES 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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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	Coefficient	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	84	ext-	D3	300 DH	D 24
	64	ext-	D3	300 DH	MONTANTS DES SOINS
	65	ext-	D3	300 DH	900 DH
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION
					SB124

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

PROTHESES DENTAIRES

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E
DOCTEUR *Am Saadia*
alif singler C
Av. N° 5 Bernoulli 1000
Tel: 06 22 73 25 25

Docteur NAAMI Saadia
Chirurgien Dentiste

الدكتورة أنعامي السعدية
طبيبة جراحة للأسنان

Soins - Prothèse
Chirurgien - Implants - Orthodontie

علاج - تعويض
جراحة - زرع - تقويم

CASABLANCA, LE

03/02/24

ORDONNANCE

INSTITUT

rebonh-fre
DOCTEUR NAAMI SAADIA
Chirurgien C.
Av. H. N° 3 Bernoussi
Tél: 06 22 73 25 25
effectué alt-Zadri - 24-02-
- on P de la dent 84-D8
64-D8
- " " 65-D8
- " "

montant 900 Dhs

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

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