

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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 : 11663

Société :

RAT

178335

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HAMOANE Achraf

Date de naissance : 17/03/1978

Adresse : 23, rue 3, Lot ATTADAFOUNE OULFA

Tél. : 0621295276

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR MARAFI FATIMA ZAHRA
Médecin Dentiste
Lot Zoubir N° 158 E. 2e Etage
CASABLANCA
Tél: 05 22 65 33 38

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/11/2014

Nom et prénom du malade : HAMOANE Achraf Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : GIC

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



17 AVR 2014

Le :

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	<p>Dr. QARAFI FATIMA ZAHRA Médecin Dentiste Lot Zoubir N° 158 E, 2e Etage CASABLANCA Tél. 05 22 65 35 38</p>			
	<p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			
	<p>3</p>			
	<p>ODF</p>			
	<p>3</p>			
DATE DU DEVIS	<p>3</p>			DATE DE L'EXECUTION
DATE DE L'EXECUTION	<p>3</p>			
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p>				
<p>Dr. QARAFI FATIMA ZAHRA Médecin Dentiste Lot Zoubir N° 158 E, 2e Etage CASABLANCA Tél. 05 22 65 35 38</p>				
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p>				
<p>Dr. QARAFI FATIMA ZAHRA Médecin Dentiste Lot Zoubir N° 158 E, 2e Etage CASABLANCA Tél. 05 22 65 35 38</p>				

Dr. QARAFI FATIMA ZAHRA

Chirurgien-Dentiste

- Spécialiste en orthodontie(enfant/adulte)
- Spécialiste en chirurgie dentaire et implantologie
- Spécialiste en Esthétique dentaire Hollywood Smile



Casablanca le, 11/04/2024

Patient(e) : HAMDANE Abderrahmane

Acte: 3^e suivi ODF.

du 11/04/2023 au 11/04/2024

montant: 3000,-

TCE : 002172296000028

TF : 31818313

TNE : 094185436

Dr. QARAFI FATIMA ZAHRA
Médecin Dentiste
Lot Zoubir N° 158 E, 2e Etage
CASABLANCA
Tél: 05 22 65 35 38

Lot Zoubir N° 158E 2ème étg app 2 (en face Bmce) Oulfa Casablanca

Fix: 05 22 65 35 38 / Email: centredentaireqarafi@gmail.com