

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 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 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05534

Société : RAM 193742

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : NA AAVI Abdelmajid

Date de naissance : 08-09-1960

Adresse : Résidence EL Wahda Imm F5 Appt YA

Berrechid

Tél. : 066.213.04.26 Total des frais engagés : 7500.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/02/2014

Nom et prénom du malade : NAAVI Fathia Zohra Age : 50

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Prothèse dentaire

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

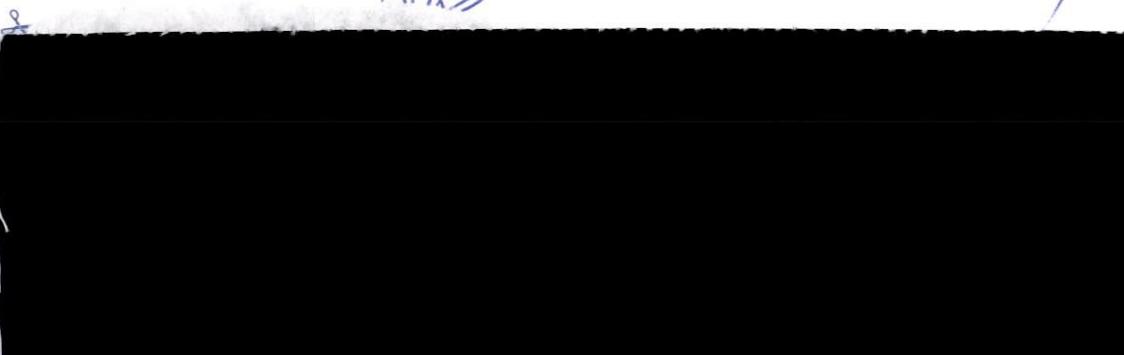
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : CMN

Le : 07/01/2014

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

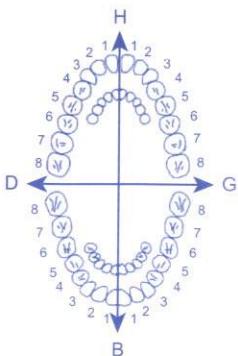
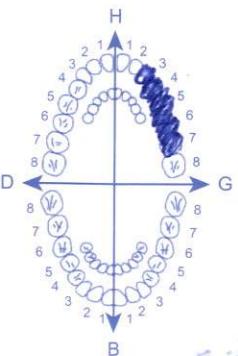
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

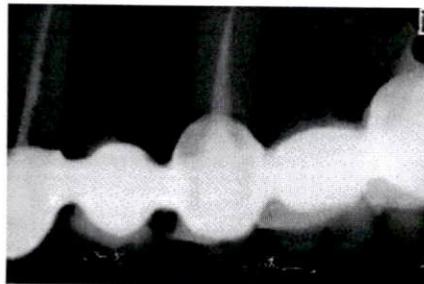
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession <i>Surfe co</i> <i>26-24-25-26-27</i>				MONTANTS DES SOINS <i>Dgao</i> <i>7Soef</i> <i>06/02/24</i> <i>30/04/24</i>
DATE DU DEVIS <i>26-24-25-26-27</i>				DATE DE L'EXECUTION <i>06/02/24</i> <i>30/04/24</i>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS <i>Dr. SOUFIEN CHAMKHALE DENTISTE</i> <i>Chambre des Dentistes d'Algérie</i> <i>06/12/1988</i> <i>Dr. SOUFIEN CHAMKHALE Dentiste</i> <i>Chambre des Dentistes d'Algérie</i> <i>06/12/1988</i> <i>Mohamed Achraf TAKHAFIK</i> <i>Chambre des Dentistes d'Algérie</i> <i>06/12/1988</i> VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

Dr Rafik Souissi
Chirurgien-dentiste
Implantologie-soins-orthodontie
Radio-prothèse

Berrechid, le 30/04/24

Mme naani fatimazohra



Dr SOUISSI RAFIK
Chirurgien Dentiste
Av. Mohamed 5, N° 47, 2ème Etage
Berrechid 28000 Tel: 0612121988

Av. mohamed5, N47, Berrechid.Tel:0612121988/0633660036

ICE:001812699000029/INPE:064167737/IF:92983767

Dr Rafik Souissi
Chirurgien-dentiste
Implantologie-soins-orthodontie
Radio-prothèse

Berrechid, le 30/04/24

Mme naani fatimazohra

facture

Brise cc7 : 23-24-25-26-27

Tohl: # 7500, Falt
(Septembre 2023)



Av. mohamed5, N47, Berrechid.Tel:0612121988/0633660036

ICE:001812699000029/INPE:064167737/IF:92983767

Dr Rafik Souissi

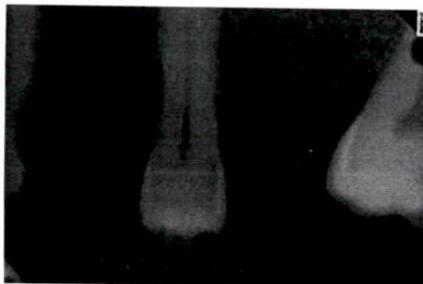
Chirurgien-dentiste

Implantologie-soins-orthodontie

Radio-prothèse

Berrechid, le 06/02/24

Mme naani fatimazohra



الدكتور رفيق سويسى
Dr SOUISSI RAFIK
Chirurgien Dentiste
Av. Mohamed V N° 47, 2ème Etage
Berrechid Tel: 0612121988/0633660036

Av. mohamed5, N47, Berrechid.Tel:0612121988/0633660036

ICE:001812699000029/INPE:064167737/IF:92983767