

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.

Biologie 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.

Éducation :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2314 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : HATI MY Fatima

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0664.00.5793 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

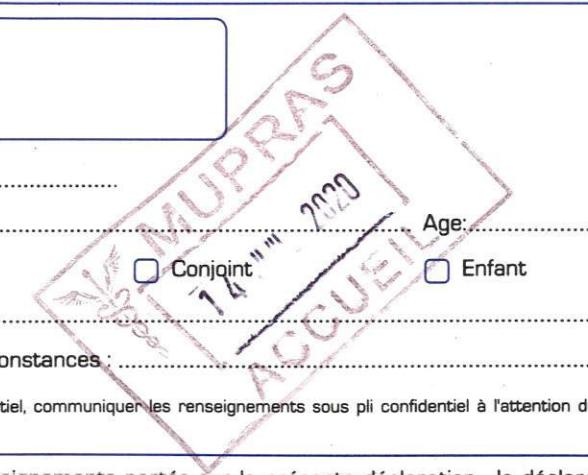
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 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 - RADIOGRAPHIES

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 la

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

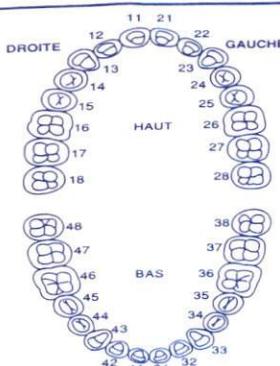
SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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

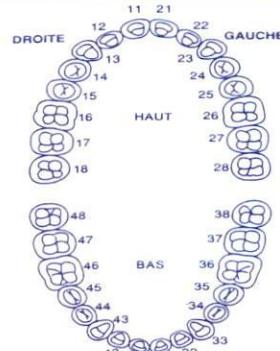
Montant des soins

Début d'exécution

Fin d'exécution

O.D.F. Prothèses dentaires

Détermination du coefficient
masticatoire



DROITE	11 21	GAUCHE	22
12	22	23	24
13		25	26
14		27	28
15			
16			
17			
18			
48	38	37	36
47			
46			
45	35	34	33
44			
43			
42	31	32	33

(Création, Remont, adjonction)
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

D	25533412 00000000 00000000 35533411	H	21433552 00000000 00000000 11433553
---	----------------------------------------------	---	----------------------------------------------

Coefficient des travaux

Montant des soins

Date du devis

Fin d'exécution

VOLET ADHERENT

NOM : HATINY Fatima

Mme 2314

DECLARATION N° P 17 / 0062299



Date de Dépôt

Montant engagé

Nbre de pièces Jointes

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois

Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle



P 17 / 0062299

DATE DE DEPOT

/...../201.....

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mme 2314

Nom & Prénom HATINY

Fatima

Fonction RETRAITÉE

Phones 0664005783

Mail MOORISH.HATINY@GMAIL.COM

MEDECIN

Prénom du patient

Adhérent Conjoint Enfant Age

Date

Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
------------------	---------------------	---------------------------------

PHARMACIE

Date 03/07/2020

Montant de la facture

188,70

BUREAU DE PREVOYANCE & D'ACTION SOCIALE DE ROYAL AIR MAROC

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Date

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date

Nombre

AM PC IM IV

Montant détaillé des Honoraires

Cachet MUPRAS

Dr Abdessamad MOKSSITE

Chirurgie buccale, Implantologie, Parodontologie,
Orthodontie, Dentisterie esthétique.

GSM: 06 61 14 22 61

Cabinet: 05 22 25 26 83 Fax: 05 23 25 70

Mall: cabinetmokssite@gmail.com



1020

Case le 03.17.120.



Lot : 19EB01
PER : 06/2022

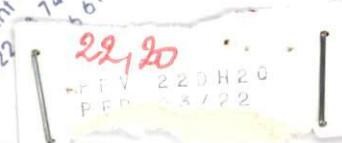
BIRODOGYL
CP PEL B15

P.P.V : 102DH00

6 118000 060567



DR ABDESSAMAD MOKSSITE
Docteur en Médecine Dentaire
CHIRURGEN DENTISTE
Spécialisé en chirurgie buccale
implant - Poros - 3D
tél: 0522 74 99 - 05 22 25 26 83
06 61 14 22 61



IF: 40804505 TP: 35802749 ICE: 00180786000074 INP: 2226

104 Bd Yaacoub el Mansour résidence al Wafaa Maarif 20370 Casablanca.

KIN

Gingival

Lote / Batch.:



/ Exp.:

19C11
02-2022



8 470003 731591