

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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 à caractère personnel.



Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9290 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : SAKHIR Djalil

Date de naissance : 25/05/1969

Adresse : DERB GAILLER Rue 51 N° 10 CASA

Tél. : 0660039208 Total des frais engagés : 362,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/08/2011

Nom et prénom du malade : Dr. SAKHIR Djalil Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

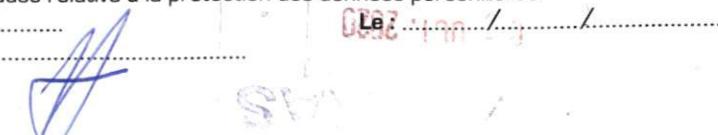
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 11/08/2011

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
11/07/22	Cr	0	3000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Dr. Samia 33 Rue Léonard de Vinci	11/08/20	62,-

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
PROTHESSES DENTAIRES				

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
D	25533412 21433552 00000000 00000000
	00000000 00000000 35533411 11433553

A diagram of a dental arch (maxilla) with numbered teeth. The teeth are labeled with numbers 1 through 8 on both the upper and lower arches. A coordinate system is overlaid on the arch, with the origin at the center. The horizontal axis is labeled 'D' to the left and 'C' to the right. The vertical axis is labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom. The teeth are arranged in a curve, with the upper arch being more convex and the lower arch being more concave.

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. CHRAIBI Mohamed Chakib
**CABINET D'OTO - RHINO - LARYNGOLOGIE
ET DE CHIRURGIE MAXILLO - FACIALE**

Angle Bd Abdelmoumen et
82, Rue Soumaya (Immeuble Renault)
3^{ème} Etage - Casablanca
Tél.: 05 22 25 26 19 / 05 22 98 72 37

الدكتور الشرايبي محمد شكري
عيادة أمراض الأنف - الأذن - الحنجرة
جراحة الوجه والعنق
82، زنقة سومية - شارع عبد المؤمن
عمارة رونو - الطبقه 3 - الدار البيضاء
الهاتف: 05 22 25 26 19 / 05 22 98 72 37

الدار البيضاء ، في : ١١٨١٢ Casablanca, le :

13. week 22
- ~~new figures~~
- 1,5
21. 10

→ ~~Playboy~~ ~~Playboy~~ ~~Playboy~~
→ ~~Playboy~~ ~~Playboy~~ ~~Playboy~~

or \oplus or

Dr. CHAKAIDI Mde. Chaka
Spécialiste D.R.L.
5528 1010-2232 17



6 118001 102013
Levothyrox® 50µg.
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

