

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 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

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.

RAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5471 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : chehineque mohamed

Date de naissance :

21-11-1958

Adresse : Halilé

Tél : 0667207080

Total des frais engagés : 500,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

CLINIQUE DENTAIRE ORCHIDEE
Dr. Hanaa GAIDI
Business center Yasmine
Bd My Smail - Casablanca
Tél: 0522 660 144/0522 660 145

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/06/2021

Nom et prénom du malade : chehineque Mohamed

Lien de parenté : Etre-même

Nature de la maladie : Stomach e dent

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : RAS

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 :

Casablanca Le : 02/06/2021

Signature de l'adhérent(e) :

chehineque

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ORL.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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												
	1 7	Extraction D10	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text" value="D10"/>												
			MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="500,00"/>												
			DEBUT D'EXECUTION <input type="text" value="30.06.2021"/>												
			FIN D'EXECUTION <input type="text" value="30.06.2021"/>												
ODF PROTHESSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000		35533411	11433553
	H	25533412	21433552												
	D	00000000	00000000												
	B	00000000	00000000												
		35533411	11433553												
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>														
	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
	DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

- **Implantologie • Parodontologie • Chirurgie buccale**
- **Dentisterie Esthétique : Facettes • Blanchiment**
- **Prothèse dentaire • Soins dentaires • Endodontie • Pédonctologie**
- **Orthodontie : Invisalign • Scanner 3D**

Casablanca le 30.06.2021

Notes d'honoraires

Date	30/06/2021
N°	F2021-39
ICE	002611133000076

Monsieur chouinegue mohammed

DETAIL DES ACTES	Dents traitées	MM Dx	Prix
extraction	17	D10	500,00

Observations :

Arrêté le présent document à la somme
cinq cents DH

Montant total: 500,00

CLINIQUE DENTAIRE ORCHIDÉE
Dr. Hanaa GAIDI
Business center Yasmina
Bd My Smail - Casablanca
Tél: 0522 660 144 / 0522 660 145