

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.

N° W21-645015

122803

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5-53

Société : RAS

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

OUAZZANI CHAHID DRISS

Date de naissance :

24-08-64

Adresse :

5 lot 820 UMA H-H CREA

Tél. : 061 065414

Total des frais engagés : 300

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

OUAZZANI CHAHID ISMAIL

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affect d cutanee

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.

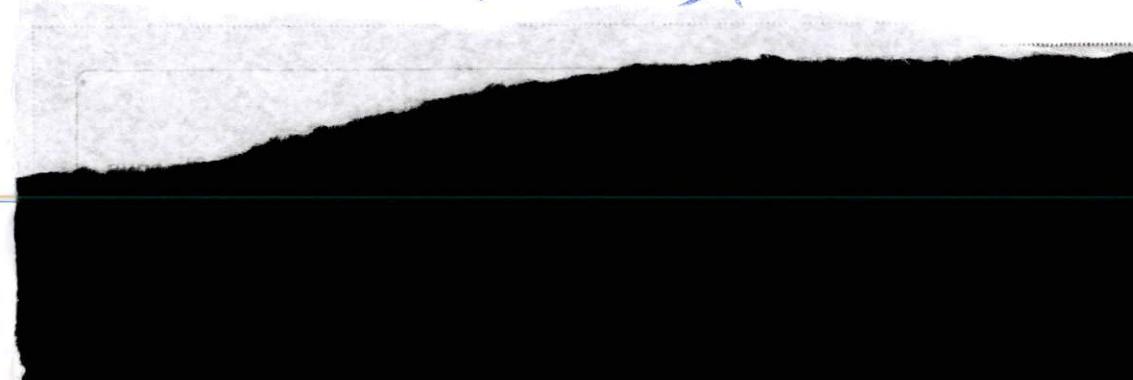
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : MSA

Le : 06/03/22

Signature de l'adhérent(e) :

H



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
00 -05- 2022	1	300,00	INP : 1234567890	

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">H</td><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">D</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="3" style="text-align: center;">-----</td></tr> <tr><td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">G</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">B</td><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	-----			G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		H	25533412	21433552																
		D	00000000	00000000																

		G	00000000	00000000																
B		35533411	11433553																	
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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																				

CABINET DE DERMATOLOGIE

Médecine et Chirurgie de la Peau et du Cuir Chevelu
Maladies Sexuellement Transmissibles
Dermatologie Esthétique
Laser Dermatologique

Docteur Samira MANSOURI
DERMATOLOGUE

Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris
Ancienne Attachée des Hôpitaux de Paris
Membre de la Société Française de Dermatologie

للدكتورة سميرة منصوري

خريجة كلية الطب بيباريس
اختصاصية
في أمراض و جراحة الجلد

Je 06/05/2022

au cabinet Dr. Samira Mansouri

I / Ich kann Ihnen

2 fois / Semaine
Körper 3 mal

2) - TRAITEMENT DS
Crème

appel que matin et bon
sauve vi sage

