

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

- Reclamation : 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.

M22- 0041645

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2385

Société : RAM

135227

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SLAMNI

RACHIDA

Date de naissance : 04/07/54

Adresse : Lot. Camilia

Rue 2 n° 43

Hay Kremat

Tél. 06.62.01.41.71 Total des frais engagés : 268,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

CHIAMPASSI TOUTI,
Chirurgien Dentiste
773 Bd. 2 Mai 2022 Casablanca
Tél. 05 22 20 45 45

Date de consultation : 24/10/2022

Nom et prénom du malade : SLAMNI Rachida Age :

Lien de parenté :

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Consultation de dent

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 : CASA

Le : 24/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
21/10/2022	Consultation	1	100	25/10/2022 Dr. Amritpal Singh Dentiste
	Traitement	1	100	25/10/2022 Dr. Amritpal Singh Dentiste

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
INPE 202006048	24/10/2022	168,20

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
		AM	PC	IM	IV	

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
				<input type="text"/>

Docteur Toufik LAMRISSI

Ex Chirurgien Dentiste - Stomatologue

à la M.G.E.N de Safi

Honoré par la Délégation des

Chirurgiens Dentistes des USA

Tél.: 0522 21 46 10



الدكتور توفيق لمريسي

طبيب رئيسي سابق بجراحة الأسنان والفك

بأسفي

حاائز على دبلوم الشرف من طرف البعثة

الأمريكية بجراحة الأسنان

الهاتف : 0522 21 46 10

Dr. LAMRISSI Toufik
Chirurgien Dentiste
Stomatologue
773 Bd. 2 Mars - Casablanca, le 24/10/2022
البيضاء، في

Shamni Rachida.

Augmentation 1/2

168.2



40.0 - esgf prel 2cm

20% pd ✓

fluo-sept BBrück

T = 168.2

Dr. LAMRISSI Toufik
Chirurgien Dentiste
Stomatologue
773 Bd. 2 Mars - Casablanca
Tél.: 05 22 21 46 10

WAFAL WAFA MEDDAH Mourad
kemal, Rue 28, N° 64
Casablanca 05 22 21 33 13
05 61 08 55 05