

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° W21-701267

123709

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11460

Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

KANBOU NABIL

Date de naissance :

18-03-75

Adresse :

N°58, Rue 3, Sidi YOUSRA, OULFA

Télé. : 0661-05-2135

Total des frais engagés :

Dhs

Dr. Fatima EL BAKALI
Chirurgien Dentiste

Dr. Fatima EL BAKALI
Chirurgien Dentiste
Téléphone Appr. N° 05 22 29 48 93
Casablanca - Tél. 05 22 29 48 93

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

15/06/2022

Nom et prénom du malade :

ILYASS KANBOU

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Traitement orthodontique 2^{me} semestre

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 : 21/07/22

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
.....	INP : []
.....	
.....	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
.....
.....
.....

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
.....
.....
.....

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
.....
.....
.....

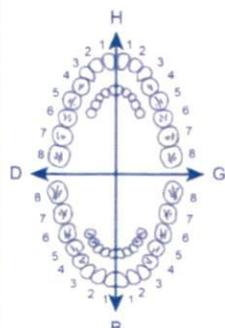
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

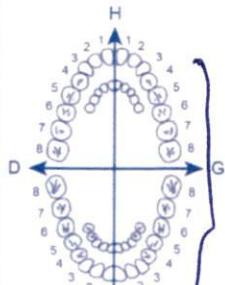
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : []
-----------------	----------------	------------------	-------------	-----------



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



D 641 (90) x 6
2 semestre

Dr. Fatima EL BAKALI
Chirurgien Dentiste
Tunisie - Tunisie
Signature : [Signature]
Tél : 05 26 69 43 93

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

traitement ortho dentaire
multi bague haut et
bas de 06 à 06.
2 ème semestre de
Haut en att.

D 641 (90)

18000 - 3000 1 ère semestre
= 15 000,00

15/06/2022

DATE DE L'EXÉCUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

N° Dossier: 123709

N° Dossier externe: ACC-11460-26/07/2022

Type de dossier: DENTAIRE

Bénéficiaire: KANBOU ILYAS

Situation: Notifié

Sous-situation: ---

Date de début: 26-07-2022

Date de fin:

Date de saisie: 26-07-2022

Événement: 

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants [▼]

Date	Type	Commentaire
26-07-2022	Manuel	ACC D90 2EME SEM ODF

NOTE D'HONORAIRES



Dr. Fatima EL BAKALI
Chirurgien Dentiste
Lot. Haj Fath N° 344
Téléphone App. N° 4 Lissasfa
Casablanca - Tél : 05 22 69 43 93

Nom et prénom du médecin dentiste :

Nº de l'INPE: 094 188067

N° de l'ICE : 0022 8081 600 067

Nº de l'IF : 37505713

Bénéficiaire : KANBOU ILYASS

Date

16/01/2023.

Montant global : 3000,00 M€

Mode de paiement **Espèces** **Chèque**

Signature et cachet

Dr. Fatima EL BAKALI
Dentiste
N° 344
Lissasfa
Casablanca Tel. 05 22 69 43'93

Adresse :

Téléphone :

Fax:

E-mail: