

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

- Réclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8580 Société : RAOI 190010

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : HASSAR STELLA

Date de naissance : 16.03.83

Adresse : 12. Rue ISLAM Bd. J'Afro Paris

Tél. : 0667813040 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ZEMMOURI Marrakech
Chirugien Dentiste - Orthodontiste
11, Bd. Zerkouni Rès. Tarfaya
Casablanca - Tel. : 05 22 27 29 59

Date de consultation : 09.01.2014

Nom et prénom du malade : Hassan Salama Age : 31/60

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Soins de clai

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 : Le : 09/01/2014

Signature de l'adhérent(e) : HASSAN SALAMA

20 JAN 2014

ACCUSÉ

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

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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
		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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
	Arab del	D12	D24
	Anab del	D12	605
	de		
	O.D.F		
	PROTHESES DENTAIRES		
	H	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
	G	H 25533412 21433552 00000000 00000000 00000000 00000000 35533411 11433553	B
	B	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	
	DATE DU DEVIS		
	DATE DE L'EXECUTION		
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		
	ZEMMOURI Marrakech		
	Chirurgien Dentiste - Orthodontiste		
	11, Bd. Zerkoune Ress Tarfaya		
	Casablanca - Tél.: 05 22 27 29 59		
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION		

CASABLANCA LE

5/11/24

NOTE D' HONORAIRES

Docteur ZEMMOURI Marrakchi Meryam Saloua

Chirurgien dentiste

N° de L'INP 094012465

N° de L'ICE 001939171000073

N° de L'IF 42000125

Nom et prénom Patient

Haïe Saloua

أسنان معالجة Dents traitées	رمز العمليات Valeur clé	تاريخ العمليات Date des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأسنان Signature et cachet dentiste
Arcades	D708	09/11/24	Le 1	Dir 300	300	Dr. ZEMMOURI Marrakchi Chirurgien Dentiste - Orthodontiste 11, Bd. Zerkouni Rés. Tarfaya Casablanca - Tél.: 05 22 27 29 59
Arcades	D708	9/11/24	Le 1	Dir 300	300	

Montant global

Mode de paiement

espèces

600

chèque

Signature et cachet

Dr. ZEMMOURI Marrakchi
Chirurgien Dentiste - Orthodontiste
11, Bd. Zerkouni Rés. Tarfaya
Casablanca - Tél.: 05 22 27 29 59