

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

179832

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1047 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL AOUADI ABDELLAKADER

Date de naissance : 08-10-1949

Adresse : lot 60 - Hay Aml

AZEMMOUR-BEAAKADER@Hotmail.com

Tél. : 0670970428 Total des frais engagés : 6.000,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12 OCT 2023

Nom et prénom du malade : Mme TLOHJI MINA

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Dents de Perceuse et caries

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 : AGADIR ACCUEIL Le : 12/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :

PEC

Déclaration de Maladie

Nº P19- 049133

92

92

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 - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

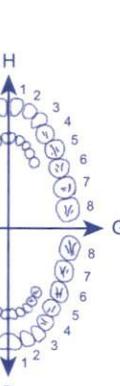
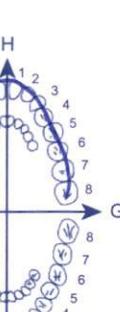
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	Coefficient des travaux
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
	<i>restaurer d'anciens Prothèses adjonction cyclotile des lacs</i>			Date du devis
				Date de l'exécution

Dr. Mustapha LABIAD
SA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
D.U. Pap. Imm. 25 Essalam
25, Imm. Essalam Tait. rjt Agadi
Tél. 05.28.38.00.33

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Mustapha LABIAD

Chirurgien Dentiste

ICE: 001670701000050

Patente : 49541835

I.F: 79412300 - CNSS: 2235879

الدكتور مصطفى الابيض

طبيب جراحي للأسنان

ر.ت.م: 001670701000050

06 JAN. 2024

Agadir le : أڭادير في :

NOTE D'HONORAIRES

Nom et Prénom : M^{me} TLOTHI M. N.

Observations : réalisation d'une prothèse
adjointe appelée du malleolus



Honoraires : chapeau null dilhams (4000,00)

Dr. Mustapha LABIAD

Ch. Dentiste
D.U. Paro, Implanto. Endodontie
Signature : et Prothèse Fixée
25, Imm. Essalam Telborjt Agadir
Tél: 05.28.38.00.38

Dr. Mustapha LABIAD

Chirurgien Dentiste

ICE: 001670701000050

Patente : 49541835

I.F: 79412300 - CNSS: 2235879

الدكتور مصطفى الابيض

طبيب جراحي للأسنان

ر.ت.م: 001670701000050

Agadir le : 06 JAN. 2024 أكادير في :

NOTE D'HONORAIRES

Nom et Prénom : M^{me} T. L. O. H. I. M. I. N. A.

Observations : remise en place d'une prothèse
adjointe complète des maxillaires

(Signature)

Honoraires : quatre mille dirhams (4000,00)

(Signature)

Dr. Mustapha LABIAD
Ch. Dentiste
D.U. Paro, Implant, Endodontie
et Prothèse Fixée
25, Imm. Essalam Talborjt Agadir
Tél: 05.28.38.00.38

N° Dossier: 179832 

N° Dossier externe: PEC-01047-20/10/2023

Type de dossier: DENTAIRE

Bénéficiaire: TLOHI AMINA

Situation: En attente

Sous-situation: ---

Date de début: 20-10-2023 

Date de fin: 20/10/2023 

Date de saisie: 20-10-2023

Événement: 

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires ajoutés

Date	Commentaire
24-10-2023	prestataire non conventionné

Commentaires existants

Date	Type	Commentaire
23-10-2023	Manuel	ACC D120 PAT SUP DR LABIAD