

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.

M22- 0030047

15/6/14

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 7343

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

DAMER MOHAMED

Date de naissance :

21/02/1964

Adresse :

HAY INARA 1 Rue 15 N° 21 Casablanca

Tél. : 0668194347

Total des frais engagés : INP: 094013950 Dhs

Cadre réservé au Médecin



IF: 51406580
ICE: 0016886160m188

Cachet du médecin :

Date de consultation :

28/02/23

Nom et prénom du malade :

M. DAMEZ MOHAMED

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

DEJESE PROTHESE

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 : 22/03/23

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0030047

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 7343

Nom de l'adhérent(e) : DAMER

Total des frais engagés :

Date de dépôt : 22/03/23

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

~~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 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	

VOLET ADHERENT

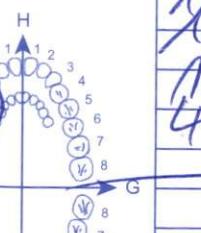
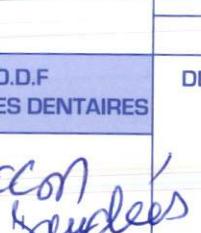
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important

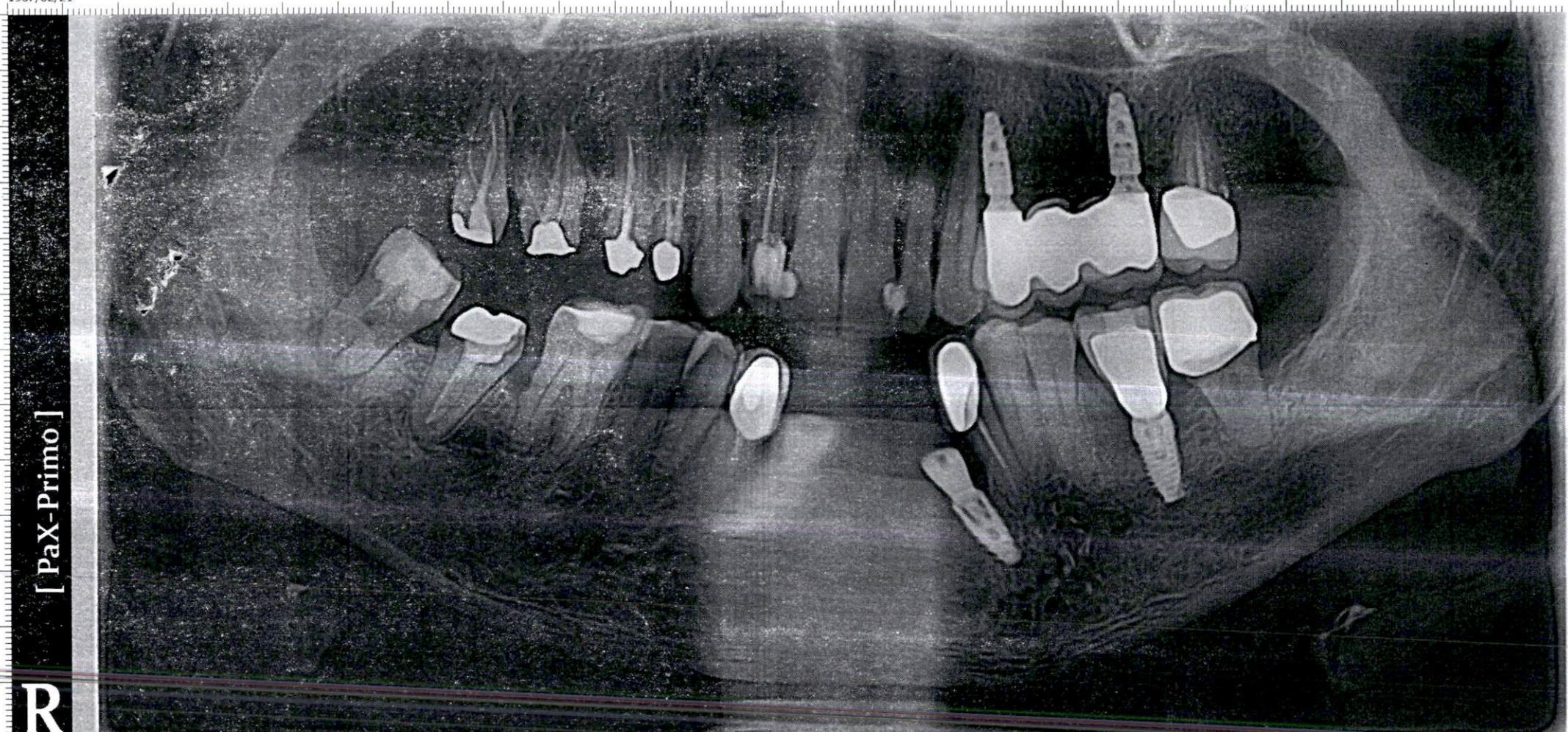
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODE.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
<i>4 CCM</i> 	<i>1 4</i> <i>1 5</i> <i>1 6</i> <i>1 7</i> <i>4 6</i> <i>CCM</i>	<i>4 CCM</i> <i>soudées</i> <i>14</i> <i>D180</i>	CCEFFICIENT DES TRAVAUX <i>D180</i>
			MONTANTS DES SOINS <i>46 CCM D180</i>
			DEBUT D'EXECUTION <i>14</i>
			FIN D'EXECUTION <i>17</i>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE		
<i>4 CCM</i> 	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	CCEFFICIENT DES TRAVAUX <i>D900</i>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <i>12500</i>
	<i>DEVIS</i>		DATE DU DEVIS <i>28/02/23</i>
	<i>1) 4 CCM (14/15/16/17)</i>		DATE DE L'EXECUTION <i>12500</i>
	<i>2) 4cm 46</i>		
		<i>D180 X 5</i>	
Dr. Mohammed JOUBAIDI Chirurgien Dentiste Implantologie Avancée - Chirurgie Buccale Parodontologie - Prostodontie Dentaire 19, Rue Ibn Khaldoune - Attââouone Hay Hassoun - Casablanca Tél.: 05 22 90 18 95			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

AVANT

MOHAMED, DAMER(Homme) 20201202_093011
1967/02/21

Dr. Mohamed JOUBAIR
Chirurgien Dentiste
Implantologie Avancée - Chirurgie Buccale
Parodontologie - Prothèses Dentaires
19, Rue Ibn Khaldoune - Attââoune
Hay Hassani - Casablanca
Tél.: 05 22 90 18 95



kVp : 0 mA : 0 DAP : 0.0000 2023/02/28 PM 06:59:30