

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	9711	Société :	PAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BIFON SOUD			
Date de naissance : 18/08/62			
Adresse : 4, Rue ELMAITOUNE AV MERS SULMAN Essaouira			
Tél. :	Total des frais engagés : Dhs		

Cadre réservé au Médecin	Dr. BENFEDDOU Sami Chirurgien Dentiste 127, Avenue Mers Sulman N° 7 Casablanca - Tél: 05 22 26 34 5
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	23/09/2019
Nom et prénom du malade :	IBNOU - EL KADY Fatima
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	soins dentaire
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 :
 Signature de l'adhérent(e) : **Accueil siège/Ram**

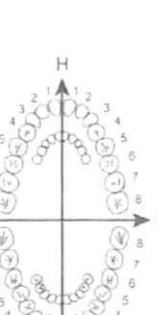


RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : <input type="text"/>

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 Particulier	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	INP 094010 915 COEFFICIENT DES TRAVAUX : D 15 MONTANTS DES SOINS : 500,00 DEBUT D'EXECUTION : 08/09/10 FIN D'EXECUTION : 27-09-10									
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 		DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	B	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX : MONTANTS DES SOINS : DATE DU DEVIS : DATE DE L'EXECUTION : 	
H	G											
25533412 00000000	21433552 00000000											
D	B											
35533411	11433553											
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS												
Dr. BENEDDOU Sami <i>Chirurgien Dentiste</i> 127, Avenue Miers Sultan N° 1 Casablanca - TUNISIE												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION												

Docteur Samir BENFEDDOUL
Chirurgien-Dentiste

matente 34399522
CE 001674593000017
= 15184259
NP 09410915

CASABLANCA 27-09-19

03 OCT 2019

BPL D10
127

FACTURE

Patient IBNOU-EL KADY Fatima
A réglé la somme de cinq cents dirhams
Pour les soins suivants Composit / 16
RUG



127 Avenue Mers Sultan 1^{er} étage N°5 Tel 0522263454

Dr Benfeddoul Samir

**E98F1C86B01C4D0EBEC786EAB55F0B13 FATIMA IBNOU EL KADY 22/09/1972

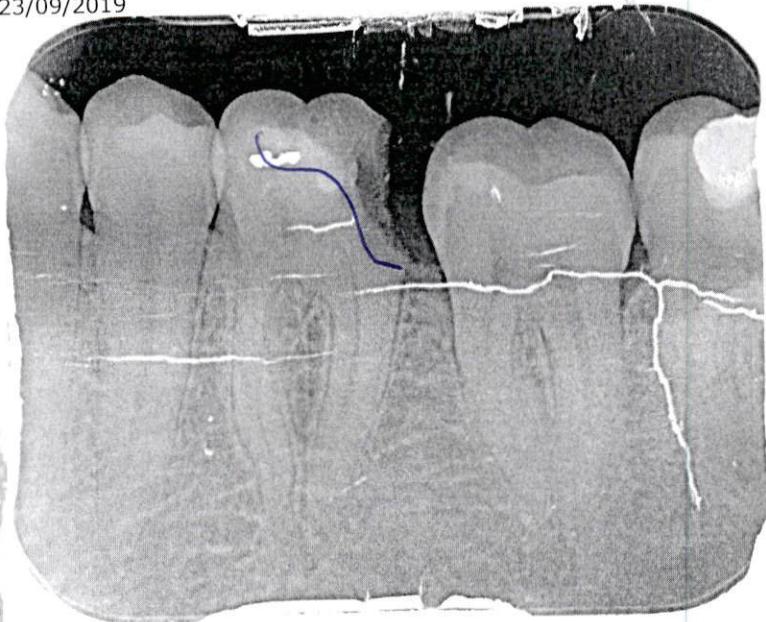
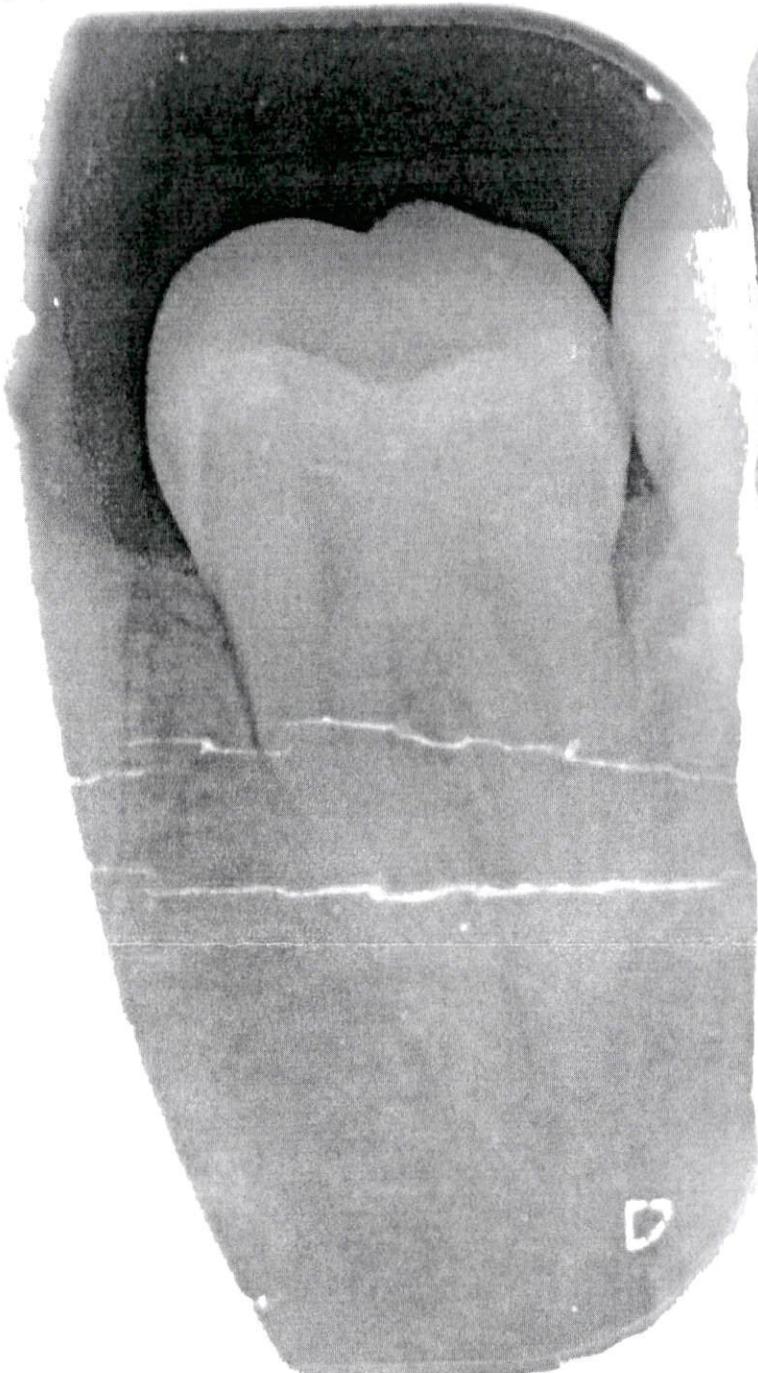
27/09/2019 10:53:08

36

23/09/2019

36

23/09/2019



DR. BENFEDDOUL SAMIR
CLINIQUE DE LA PERIODE
Casablanca - Maroc - 20340
Tél. : +212 661 12 00 00