

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

- 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.

(Signature)

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 9004 Société : RAM.			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : CHEMSI SAAD			
Date de naissance : 28-02-1972			
Adresse : 32 Rue 31 L7 Sidi Abderrahmane			
OULFA CNSA			
Tél. : 06 62 78 53 57 Total des frais engagés : - Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
<p><i>Dr. TAHIRI Abdellah</i> Chirurgien Dentiste Spécialiste Parodontologie Centre Allal Ben Abdellah Casablanca 20000</p>			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 02/09/2019			
Nom et prénom du malade : CHEMSI SAAD			
Age : 28.02.72			
<p>Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant</p>			
Nature de la maladie : Soi 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 : CASA

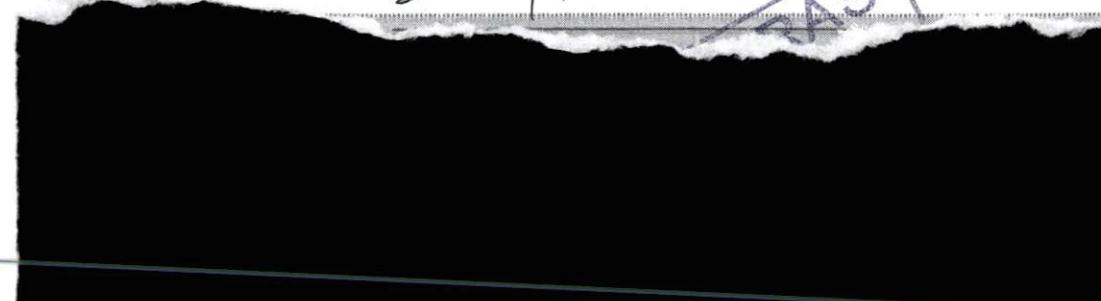
Signature de l'adhérent(e) :

Le : 02/09/2019

(Signature)

(Signature)

(Signature)



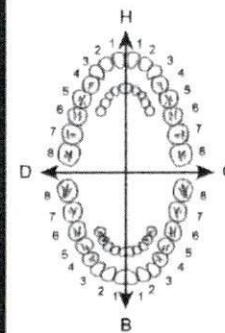
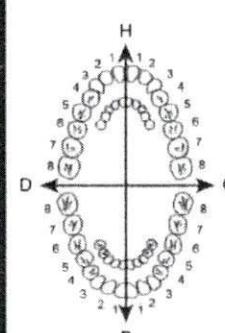
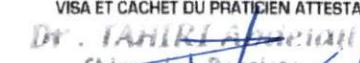
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : [REDACTED]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>02/08/15</i>	24.08.15	147,20

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	
		AM	PC	IM	IV

ADHERENT

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.																
		DENTS TRAITÉES	NATURE DES SOINS	COEFFICIENT												
				INP : 094171077												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <i>C6</i>												
				MONTANTS DES SOINS <i>total</i>												
				DEBUT D'EXECUTION 02.09.15												
				FIN D'EXECUTION 02.09.15												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				MONTANTS DES SOINS												
				DATE DU DEVIS												
				DATE DE L'EXECUTION												
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
<table border="0"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553		
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																
 <i>Chirurgien Dentiste</i> <i>Spécialiste de la Prothèse Dentaire</i> <i>Dr. TAHIRI</i> <i>02.09.15</i> <i>Casablanca Tel: 022 70 17 28</i>																

مِضَادُ حَيْوَيٍ

BIOTIC PLUS 1 g/125 mg
Poudre pour suspension buvable en sachet
Boîte de 14 sachets - P.P.V. : 125,00 DH

بِيُوتِيَّهُ بِلُوِسْ
أُمُوكِسِيَّلِينْ • حَامِشُ كَالَّافُولَانِيك
عَلَيْهِ مِنْ 14 لَفْفَةً

الدكتور الطاهرى عبد العال

طبیب جراح للاستان

خراج کلیات باریس

تقسيم الأسنان

رواية الأستاذ

جامعة الفم واللثة

طب الأسنان التجميلي

DENTISTERIE ESTHÉTIQUE

ANCIEN ATTACHÉ DES HÔPITAUX DE PARIS

طبیب سایه بمستشفيات باریس

ORDONNANCE

Casablanca le : 02.09.2019

Chongli SAD

PPV:22DH20
PER:06/20
LOT:H1507



1855

1/ Biotic obj

180d $\sqrt{t} \approx 17$ just 3.

92.20

21 Codolip

MP, 20th July 1975 to S. Darsh Singh
Gurdaspur

Dr. TAHIRI Amdzial

~~Chiropractic Dentist~~