

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.

| | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) | | | |
| Matricule : 13052 | | Société : R.A.M. | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | |
| Nom & Prénom : M. OTHMANE BEKKANI | | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Date de naissance : | | | |
| Adresse : | | | |
| Tél. : 2441 | | Total des frais engagés : 800 DHS | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin : | | | |
|  | | | |
| Date de consultation : | | | |
| Nom et prénom du malade : BEKKANI Houda | | | |
| Age : 03 OCT. 2019 | | | |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant | | | |
| Nature de la maladie : Sinus | | | |
| 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) :

Le : / /

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 - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

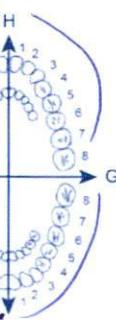
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|----|----|----|------------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | MIRA A. Implantolog ParodontoLOGIE CLINIQUE DENTAIRE GRANDI 265, Bd. Ghandi Casablanca Tél: 022 98 33 93 |
|---|----------------|------------------|-------------|---|
| Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement caries, ainsi que les implants. | | | | |

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----------------|------------------|-------------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p style="text-align: center;"><u>Détartrage + Pétissage</u></p> <p style="text-align: center;"><u>2 Séances</u></p> <p style="text-align: center;">Dr. SAMIRA AIT M'HAMED Parodontologie - Implantologie CLINIQUE DENTAIRE GHANDI 265, Bd. Ghandi, Casablanca Tel: 022 98 33 33</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p style="text-align: right;">PROTHES DENTAIRE CLINIQUE DENTAIRE GHANDI 265, Bd. Ghandi, Casablanca Tel: 022 98 33 33</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p style="text-align: center;">COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p style="text-align: center;">D24</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p style="text-align: center;">MONTANTS DES SOINS</p> <p style="text-align: center;">800,00</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p style="text-align: center;">DATE DU DEVIS</p> <p style="text-align: center;">01/10/19</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p style="text-align: center;">DATE DE L'EXECUTION</p> <p style="text-align: center;">01/10/19</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p style="text-align: center;">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <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</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | | H | G | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | |
| H | G | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | G | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p style="text-align: center;">COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p style="text-align: center;"> </p> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p style="text-align: center;">MONTANTS DES SOINS</p> <p style="text-align: center;"> </p> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p style="text-align: center;">DATE DU DEVIS</p> <p style="text-align: center;"> </p> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p style="text-align: center;">DATE DE L'EXECUTION</p> <p style="text-align: center;"> </p> | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr AÏT M'HAMED SAMIRA

CHIRURGIEN DENTISTE

Casablanca, le 01/10/2019

N° de l'IF : 40159185

N° de l'ICE : 001776411000008

Patient(e): Mme BEKKARI houda

NOTE D'HONORAIRES

| ACTES | Dent(s) | Montant à payer |
|------------------------|---------|------------------|
| DETARTRAGE + POLISSAGE | Toutes | 800,00 DH |
| TOTAL | | 800,00 DH |

Signature du Praticien

Dr. SAMIRA AIT M'HAMED
Parodontologie - Implantologie
CLINIQUE DENTAIRE GHANDI
265, Bd. Ghandi Casablanca
Tel: 022.98.33.33



265, Boulevard Ghandi Casablanca-Maroc

Tél, 05.22.98.33.33