

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Biologie 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.

Education :

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

Reclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2132

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

LARAVI MUSTAFA

Date de naissance :

01.12.1954

Adresse :

64 LOTISSEMENT KHALIDA JERNAOUA

Tél. : 061567283

Total des frais engagés : 800 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 24.09.19

Nom et prénom du malade : VARAVI MUSTAFA Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Sois

DENTAINE)

Nature de la maladie :

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

LETT

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

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 :

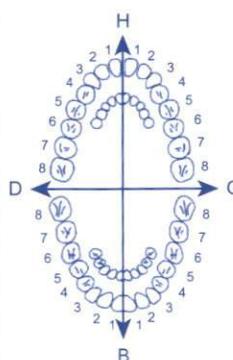
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
D	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



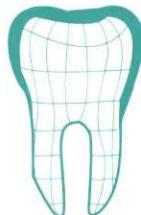
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

DR A. C. D. Lotissement de la Côte d'Or
Dereoua - Toulon

Cabinet Dentaire

Docteur Badr TAHIRI HASSANI

Doctorat en Médecine Dentaire
de la F.M.D. Casablanca
Ex-Médecin Interne au C.H.U. Ibn Rochd



عيادة طب الأسنان

الدكتور طاهري حسني بدر

خريج كلية طب الأسنان بالدار البيضاء

طبيب داخلي سابق بالمركز الاستشفائي
الجامعي ابن رشد

Dr.

Le : 01 / 12 / 19

BDR D20 PK

FACTURE n° 190 / 2019

PATIENT : LARAKI MUSTA IHA

ACTES : COMPOSITES SUR 45 / 46

Prix : # 800,- #

(Huit cent dirham)

NP : 094007716

IC : 001766966000070

RF : 4070 2370

Dr TAHIRI HASSANI Badr
Chirurgien Dentiste
Lotissement EL WAHDA I N° 40 1^{er} étage Deroua
Deroua - Tel/Fax: 0522533232

تجزئة الوحدة I رقم 40 الطابق الأول دروة
Lotissement EL WAHDA I N° 40 1^{er} étage Deroua
Tél : 05 22 53 22 32 - Email : dr.tahiribadr@gmail.com