

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

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

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.

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 Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7142 Société : RAN

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BADIBI AMAL

Date de naissance : 29/11/1966

Adresse : 30, Rue Hamza Fakir, Quartier

Tél. : 0662394293 Total des frais engagés : 1000,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/10/2019

Nom et prénom du malade : ICHAIR BOUCHE Soma Age : 23 Ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Soin Dentaire

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : RAS

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 : Accueil Siège/Ran Le : 16/10/2019

Signature de l'adhérent(e) : AB

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
		16.10.2019	
		17 7 -composibili	COEFFICIENT DES TRAVAUX
		47 cl I	1000
		D \rightarrow D 10x 2 = 20	
		100 x 2 = 1000	
		<i>Mohamed TAJMOUATI</i> Parodontiste Implantolog Place du marché Ag. Rue & Rue Assâd IP paro-implants Kadi 1222 Zarara - Maârif Tél: 0522 25 84 84 - Fax: 0522 25 82 51	
ODF PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
		H	COEFFICIENT DES TRAVAUX
		25533412 21433552 00000000 00000000	
		D G 00000000 00000000 35533411 11433553	
		B	
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS
			DATE DU DEVIS
			DATE DE L'EXECUTION
			<i>Mohamed TAJMOUATI</i> Parodontiste Implantolog Place du marché Ag. Rue & Rue Assâd IP paro-implants Kadi 1222 Zarara - Maârif Tél: 0522 25 84 84 - Fax: 0522 25 82 51
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			
<i>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</i>			



N° Patente : 35713982
INP : 094012978
ID F : 40717472
ICE : 0016790710000

FACTURE Pour
Mme KHARBOUCHE SAMIA

Je soussigné Cabinet Tajmouati, Certifie avoir reçu de Mme Kharbouche la somme
De 1000,00 dhs correspondant aux :

- Composite Cl I sur la 17.....500,00 dhs
- Composite Cl i sur la 47.....500,00 dhs

Casablanca le : 16-10-2019

