

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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.

que :

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.

aire :

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

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.

Siège : 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

6528

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2848 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Tariq kabbas

Date de naissance :

Adresse : 8 Rue A Bou Kacem chebbi n° 3

Bouthir la Rabta

Tél. : 06 69 07 56 81 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur Alain BENCHIMOL
Chirurgien Dentiste
21, Rue Hafid Ibrahim
CASABLANCA
Tél: 0522 207 65 - 0522 27 27 53

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/10/2019

Nom et prénom du malade : Mme KABBAS Fouzia Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Sénior 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 : Le : 29/10/2019

Signature de l'adhérent(e) : M. KABBAS

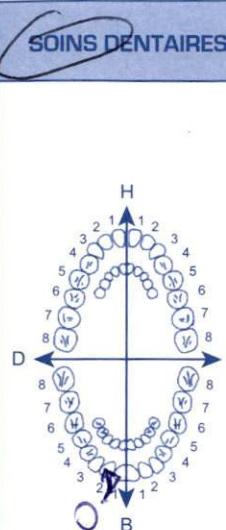
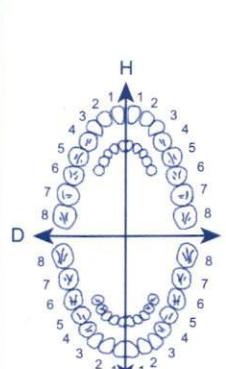
Medya

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
	42	facile loyal	0.15
			COEFFICIENT DES TRAVAUX
			0.15
			MONTANTS DES SOINS
			2500
			DEBUT D'EXECUTION
			25/10/13
			FIN D'EXECUTION
			28/10/13
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	H	25533412 00000000	21433552 00000000
D	00000000	00000000	G
B	35533411	11433553	
	(Création, remont, adjonction)		
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
			COEFFICIENT DES TRAVAUX
			MONTANTS DES SOINS
			DATE DU DEVIS
			DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Alain BENCHIMOL
DE LA FACULTE DE MEDECINE DE NICE
PROTHESE PARADONTALE - IMPLANTOLOGIE

21, RUE HAFID IBRAHIM
CASABLANCA
Tél. : 05.22.22.07.65 / 05.22.27.27.53
Fax : 05.22.27.27.53

ICE. 0917398200000

20

Le 28/10/18

FACTURE DE Mme KABBAJ Fouzia

La somme de 2500 Dhs

(Denz mille cinq cent dirhams).

Sous Deuxaines

Roger

Docteur Alain BENCHIMOL
Chirurgien Dentiste
21, Rue Hafid Ibrahim
CASABLANCA
Tél: 0522 20765 - 0522 272753

✓

✓