

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

Déclaration de Maladie

N°: W19-482366

6679

Autres



Maladie

Dentaire

CP

Optique

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 13052

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : M. BEKKARI Othmane

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 2441

Total des frais engagés : 600 DHS

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ZAINEB ZIoud
CHIRURGIEN DENTISTE
CLINIQUE DENTAIRE GHANDI
265, Bd Ghandi - Casablanca
Tél: 0522 98 33 33
Urgence: 0668 33 98 33

29 OCT. 2019

Date de consultation : 07/10/2019

Nom et prénom du malade : BEKKARI

Age:

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Soin 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 :

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="checkbox"/>

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
		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 de l'ODF

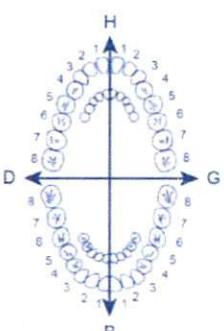
O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50px; text-align: right; padding: 2px;">H</td><td style="width: 50px; text-align: left; padding: 2px;">H</td></tr> <tr> <td style="text-align: right; padding: 2px;">25533412</td><td style="text-align: left; padding: 2px;">21433552</td></tr> <tr> <td style="text-align: right; padding: 2px;">00000000</td><td style="text-align: left; padding: 2px;">00000000</td></tr> <tr> <td style="text-align: right; padding: 2px;">D</td><td style="text-align: left; padding: 2px;">D</td></tr> <tr> <td style="text-align: right; padding: 2px;">00000000</td><td style="text-align: left; padding: 2px;">00000000</td></tr> <tr> <td style="text-align: right; padding: 2px;">35533411</td><td style="text-align: left; padding: 2px;">11433553</td></tr> </table>	H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	D	00000000	00000000	35533411	11433553
H	H												
25533412	21433552												
00000000	00000000												
D	D												
00000000	00000000												
35533411	11433553												
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50px; text-align: right; padding: 2px;">B</td><td style="width: 50px; text-align: left; padding: 2px;">B</td></tr> </table>	B	B										
B	B												

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel thérapeutique nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr ZIOUD ZAINEB
CHIRURGIEN DENTISTE

Casablanca, le 07/10/2019

N° de l'IF : 37563552
N° de l'ICE : 002305033000085

Patient(e): Mme BEKKARI houda

NOTE D'HONORAIRES

ACTES	Dent(s)	Montant à payer
COMPOSITE	32	600,00 DHS
TOTAL		600,00 DHS

Signature du Praticien

Dr. ZAINEB ZIOUD
CHIRURGIEN DENTISTE
CLINIQUE DENTAIRE GHANDI
265, Bd Ghandi - Casablanca
Tél: 0522 98 33 33
Urgence: 0668 33 98 33



265, Boulevard Ghandi Casablanca-Maroc
Tél, 05.22.98.33.33