

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|-----------------------------------------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | peci@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Adhésion et changement de statut | adhésion@mupras.com |

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 89-68 relative à la protection des personnes physiques en l'égard du traitement à caractère personnel.



Déclaration de Maladie

N.3165

N° W19-484000

Par
GED

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

549

Société :

NATHO Med

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age :

Enfant

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 : / /

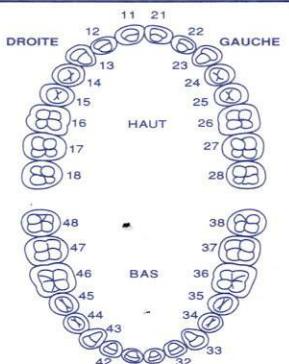
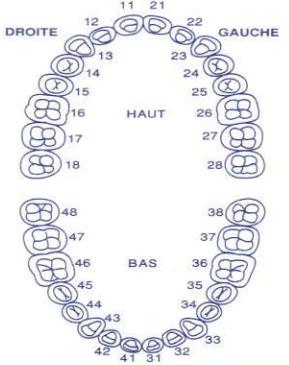
Signature de l'adhérent(e) :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

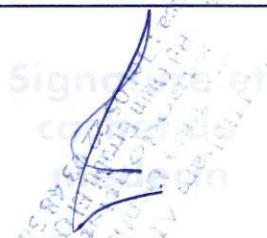
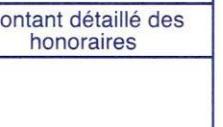
Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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										
		3 6	EXT	D10	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Coefficient des travaux D10 Montant des soins 200,00 Début d'exécution  Fin d'exécution 19/09/19 </div>									
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire												
		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 50%;">D</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 40%;">H</td> </tr> <tr> <td>12 13 14 15 16 17 18 48 47 46 45 44 43 42 41 31</td> <td>00000000</td> <td>25533412 00000000 00000000 35533411</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>21433552 00000000 00000000 11433553</td> </tr> </table> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-top: 10px;"> Montant des soins  Date du devis  Fin d'exécution  </div> <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				D		H	12 13 14 15 16 17 18 48 47 46 45 44 43 42 41 31	00000000	25533412 00000000 00000000 35533411			21433552 00000000 00000000 11433553
D		H												
12 13 14 15 16 17 18 48 47 46 45 44 43 42 41 31	00000000	25533412 00000000 00000000 35533411												
		21433552 00000000 00000000 11433553												
Signature et cachet du praticien 		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution 												

VOLET ADHERENT		NOM : <u>NAHRO MED</u>	Mle <u>549</u>
DECLARATION N°		P 14 / 155886	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
<u>01/11/19</u>	<u>200</u>	<u>1</u>	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 549	
Nom & Prénom <u>NAHRO MED</u> Fonction <u>Rehausse</u> Phones <u>0633202680</u> Mail <u>signahro@gmail.com</u>			
MEDECIN Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age _____		Prénom du patient <u>Nahro Mohammed</u> Date _____ Date 1ère visite _____	
Soin dentaire			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances 			
Nature des actes 		Nbre de Coefficient 	
		Montant détaillé des honoraires 	
PHARMACIE Montant de la facture		Date _____ 	
ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES Date _____			
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
			
AUXILIAIRES MEDICAUX Date _____			
Nombre AM PC IM IV		Montant détaillé des Honoraires	
			

Docteur Hicham AFFAR

CHIRURGIEN DENTISTE

Diplôme de la faculté de médecine dentaire de Casablanca

Diplôme en Orthodontie de l'Université de Bourgogne(France)

Diplôme en Implantologie de l'Université Paul Sabatier (Toulouse)



الدكتور هشام عفار

طبيب جراح للأسنان

خريج كلية طب الأسنان بالدار البيضاء

حاصل على دبلوم تقويم الأسنان من جامعة بوركون بفرنسا

حاصل على دبلوم زراعة الأسنان من جامعة تولوز

ICE : 001758290000007 - INP : 094149390 - IF: 51457012 - N° Cnss : 7018311 : - N° patente : 35015436

NOTE D'HONORAIRES

Mr. NAHRO Mohammed

Casablanca, le 19/09/2019

Dents	Date	Acte	Code	Coef.	Montant
36	19/09/2019	Ext. simple	D713	D10	200,00

Montant global : **200,00 DH DEUX CENTS DIRHAMS**

Mode de paiement : **Espèce**