

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.

Médecine 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.

Éducation :

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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

19698

Déclaration de Maladie : N° P19- 0007873

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]
MA 4336

Matricule :

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Relate

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

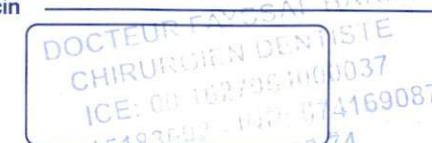
BLOC 100 N° 46 Chemin Agadir

Tél. :

0661228350 Total des frais engagés : **1600 Dhs**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **10/09/2019**

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Prothèse 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 **ESSAOUIRA**

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Accueil siège/Ram

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
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

Achat et signature du ratoire 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 de l'ODF.																	
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
	O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX												
		<table border="0"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G	00000000	00000000	D 1.20
		H	25533412	21433552													
		D	00000000	00000000													
		B	35533411	11433553													
		G	00000000	00000000													
<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS	d.1400 HT													
<p>PAP (ésire remplacement) (23) (24) (25) (26) (27)</p>			DATE DU DEVIS														
<p><i>DOCTEUR J. P. SALHARIE CLINIQUE DENTISTE IF: 157 05/24/2014</i></p>			DATE DE L'EXECUTION	10/09/19													
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																	

Dr. HARIF Fayssal

Chirurgien Dentiste

Lauréat de la FMDC



Soins - Chirurgie - Prothèse
Implantologie - Radiologie
Blanchiment - Orthodontie

د . حريف فيصل

طبيب جراح للأسنان

خريج كلية طب الأسنان بالبيضاء

علاج - جراحة - تبييض

زرع - تعويض - اشعة - تقويم

Essaouira, le

10/09/19

Facture N° 273

Nom et Prénom	Type d'acte	Prix
MAOUI YOUSSEF	PAP céstine remplasement (23) (24) (25) (26) (27)	4.1400 DH
TOTAL TTC		4.1400 DH

Arrêter la présente facture à la somme de : 4.1400 DH

Dr HARIF FAYSSAL Dirhams TTC
Chirurgien Dentiste
16 rue Kenitra 30010 Essaouira
TEL 0524472022
cachet et signature

16, Rue Kenitra , Borj 1 - Essaouira

- الصويرة

16 ، زنقة قبيطة ، البرج 1

05 24 47 20 74