

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

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

N° W19-449846

19576

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)		Société : RAN	
Matricule : 9415			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : HADOUCH N° Dancer			
Date de naissance : 27-03-70			
Adresse : 1713G B.G.C		Belle verte	
Tél. : 0661189189		Total des frais engagés : Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	25 NOV 2019
Nom et prénom du malade : HADOUCH N° RAYAN Age: 25	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Comptant <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : SOIN DENT	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Ram	
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 : CASA

Le : 29/11/19

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	INP : 09440M087
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [Empty box]
				MONTANTS DES SOINS [Empty box]
				DEBUT D'EXECUTION [Empty box]
				FIN D'EXECUTION [Empty box]
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX D90
	D 00000000 35533411	G 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS 6000 HT
	B			DATE DU DEVIS [Handwritten date]
				DATE DE L'EXECUTION 19/11/19
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
<i>Docteur Chafaa BENHOUSSA ORTHODONTISTE 6 Rue Abou Zaid Eddahboussi 90000 Brest</i>				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				
<i>Docteur M'hamed BENNIS ORTHODONTISTE 6 Rue Abou Zaid Eddahboussi 90000 Brest</i>				

Dr. Charafa Bennis Hamoumi

Orthodontiste

Diplômée de la faculté de Médecine de TOULOUSE

Spécialiste en ORTHOPEDIE DENTO FACIALE
Master Européen "OF DAMON"

Master Européen en Orthodontie Transparente INVISALIGN
Orthopédie du jeune enfant et de l'adolescent
Orthodontie de l'adolescent et de l'adulte
Orthodontie du senior

Casablanca le, 19/11/2019

FACTURE N° 179/2019

FACTURE DE SOINS D'ORTHODONTIE

HADOUCH Rayan

TRAITEMENT MULTIBAGUE AUX 2 ARCADES

2eme SEMESTRE ODF

MONTANT : 6000 DHS

SIX MILLE DIRHAMS

FACTURE ACQUITTEE

Dr. Charafa BENNIS

Docteur Charafa BENNIS
ORTHODONTISTE
6, Rue Abou Zaid Eddaboussi
(Ex.Rue Necker) - Quartier Vélodrome
20100 CASABLANCA
Tel.0522 39 62 10/11/12

66, Rue Abou Zaid Eddaboussi (Ex rue Necker) -Quartier Vélodrome- 20100 Casablanca
Tél. : 0522 39 62 10 - 0522 39 62 11 - 0522 39 62 12
CNSS : 2062222 - N° PATENTE :35705858 - ICE : 001831276000037 - IF :41707572