

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.

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.

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 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.

MUPRAS : 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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2169 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

AOUAD Man'a

Date de naissance : 22/12/1954

Adresse : 4 Rue Salouague, Apt N° 8
1er Etg - AV 2 Mars - Casab

Tél. : Total des frais engagés : 15676 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/12/19

Nom et prénom du malade : Aouad Man'a Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Extraction 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

 MUPRAS

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 : 08 JAN. 2020

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEILLI

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE DU JASMIN 16, Avenue 2 Mai 1955 1000, TUNISIE Tél: 03 22 87 17		

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

Cachet et signature du Laboratoire 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 :

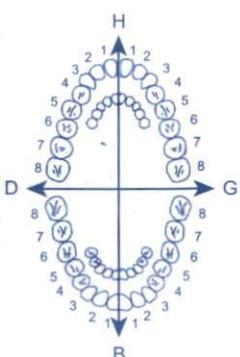
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ostéodensitométrie.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

L'EXECUTION
Date : 16/01/05
BD Où m'a rendu visite : 13/01/05
Visa et cachet du praticien attestant l'execu-

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
	3 5	Ext	D ₁₀
	3 7	Ext	D ₁₀
			COEFFICIENT DES TRAVAUX D₂₀
			MONTANTS DES SOINS 500,00
			DEBUT D'EXECUTION 02/12/19
			FIN D'EXECUTION 02/01/20
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	Coefficient des travaux
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553	Montants des soins
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
			Date du devis
			Date de l'exécution
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION			

Docteur Hicham AFFAR

CHIRURGIEN DENTISTE

Diplôme de la faculté de medecine dentaire de

Casablanca

Diplôme en Orthodontie de l'Université de

Bourgogne(France)

Diplôme en Implantologie de l'Université Paul



الدكتور هشام عفار

طبيب جراح للأسنان

جامعة كلية طب الأسنان بالدار البيضاء

حاصداً على دبلوم تقويم الأسنان من جامعة بيروت، كونيف نسا

حاسن سعی بیوم عویم، امیں من جنہا بورسون
حصار علی دنام فراغة الائنان من حلم عقة تهادی

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

NOTE D'HONORAIRES

Mme AOUAD MARIA

Casablanca, le 02/01/2020

Dents	Date	Acte	Code	Coef.	Montant
35	02/12/2019	Ext. simple	D713	D10	200,00
37	02/01/2020	Ext. simple	D713	D10	300,00

Montant global : **500.00 DH** **CINQ CENTS DIRHAMS**

Mode de paiement : **Espèce**