

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

DIRET
PARACCE

№ W19-482654

CASA - ANFA

ND: 11598

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

8763

Société

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom

NAIT BRAHIM EL NOSTAFI

Date de naissance

09-02-68

SAFI

Adresse

5 Rue NAUSOLE Quartier des hôpitaux
CASA

Tél. : 0661218711

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ELFILALI HASSINE
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste
12, Rue Roussillon Angle
Rue Sebta Q. des Hôpitaux
CASA - Tél: 0522 43 93 91

Date de consultation

25/11/15

Nom et prénom du malade

Nait BRAHIM EL NOSTAFI

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

CRAB

25/11/15
Nait BRAHIM EL NOSTAFI
09-02-68
Souscrite le 25/11/15
Signature : CRAB
Date : 25/11/15
Age : 50 ans
Lien de parenté : Lui-même
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 :

Signature de l'adhérent(e) :

CRAB

Date : 25/11/15

Age : 50 ans

Lien de parenté : Lui-même

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.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

CRAB

Date : 25/11/15

Age : 50 ans

Lien de parenté : Lui-même

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.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

CRAB

Date : 25/11/15

Age : 50 ans

Lien de parenté : Lui-même

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.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

CRAB

Date : 25/11/15

Age : 50 ans

Lien de parenté : Lui-même

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.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

CRAB

Date : 25/11/15

Age : 50 ans

Lien de parenté : Lui-même

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.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

CRAB

Date : 25/11/15

Age : 50 ans

Lien de parenté : Lui-même

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.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

CRAB

Date : 25/11/15

Age : 50 ans

Lien de parenté : Lui-même

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.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

CRAB

Date : 25/11/15

Age : 50 ans

Lien de parenté : Lui-même

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.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

CRAB

Date : 25/11/15

Age : 50 ans

Lien de parenté : Lui-même

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.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

CRAB

Date : 25/11/15

Age : 50 ans

Lien de parenté : Lui-même

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.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

CRAB

Date : 25/11/15

Age : 50 ans

Lien de parenté : Lui-même

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.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

CRAB

Date : 25/11/15

Age : 50 ans

Lien de parenté : Lui-même

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.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

CRAB

Date : 25/11/15

Age : 50 ans

Lien de parenté : Lui-même

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.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

CRAB

Date : 25/11/15

Age : 50 ans

Lien de parenté : Lui-même

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.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

CRAB

Date : 25/11/15

Age : 50 ans

Lien de parenté : Lui-même

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.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

CRAB

Date : 25/11/15

Age : 50 ans

Lien de parenté : Lui-même

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.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

CRAB

Date : 25/11/15

Age : 50 ans

Lien de parenté : Lui-même

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.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

CRAB

Date : 25/11/15

Age : 50 ans

Lien de parenté : Lui-même

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.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

CRAB

Date : 25/11/15

Age : 50 ans

Lien de parenté : Lui-même

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.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

CRAB

Date : 25/11/15

Age : 50 ans

Lien de parenté : Lui-même

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.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

CRAB

Date : 25/11/15

Age : 50 ans

Lien de parenté : Lui-même

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 radiculaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

CABINET DENTAIRE
Dr. EL FILALI HASNA
Soins dentaires
Prothèse dentaire
Implantologie
Chirurgie dentaire
Orthodontie

Casablanca le :03/01/2020

Facture n° : 007/19

NOM PATIENT : M. NAIT BRAHIM ELMOSTAFA

Nature travail	Position dent	Date soins	Prix unitaire	total
Traitemet carie	11/21	09/12/19	300.00	600.00
Traitemet carie	48/46/44/34/36/37/38	15/12/19	300,00	2100,00
Extraction	18	19/12/19	500,00	500,00
Traitemet canalaire	16	03/01/20	500.00	500.00

La présente facture est arrêtée à la somme de : **TROIS MILLE SEPT CENT DIRHAMS ***

Dr. EL FILALI HASNA
Chirurgie dentaire / Orthodontie /
Rue Roussillon Angle Rue Sebta
Casablanca - Tel: 0522.43.03.91
Fax: 0522.43.03.91

Signature/Cachet :

12, Rue Roussillon Angle Rue Sebta Quartier des Hôpitaux Casablanca

Tel: 05.22.43.03.91 / GSM: 06.63.83.64.40

CNSS : 4220018/ IF : 40105928/ ICE : 002034165000012