

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.

Pathologie 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

N°: 11588.

**ACC
det**

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **Y176**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **OMAR ABDELMAJID**

Date de naissance : **01.01.1951**

Adresse : **HABITUELLE**

Tél. : **0668593259**

Total des frais engagés

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **/ /**

Nom et prénom du malade : **OMAR ABDELMAJID** Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **Dentaire pour malades dentaires**

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.

08 JAN. 2020

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 BLAU** ACCUEIL

Le : **09/12/2013**

Signature de l'adhérent(e)

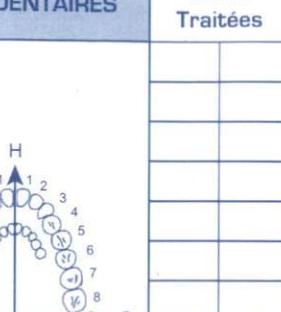
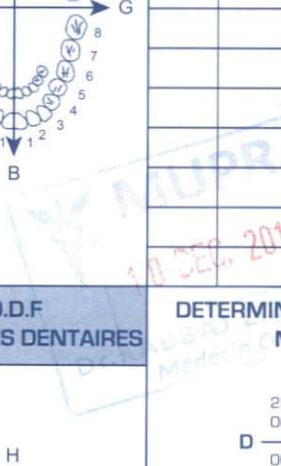
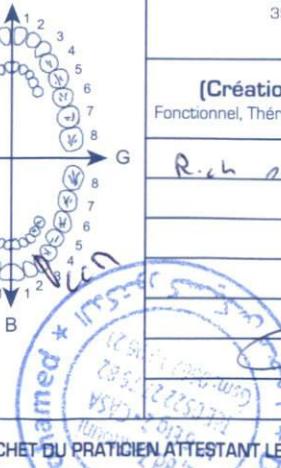
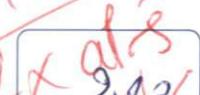
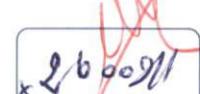
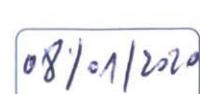
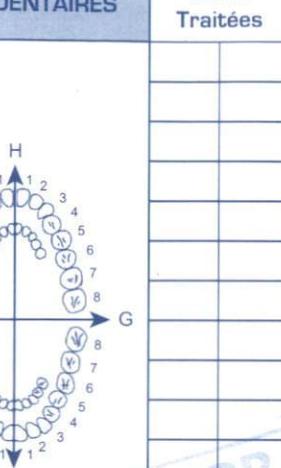
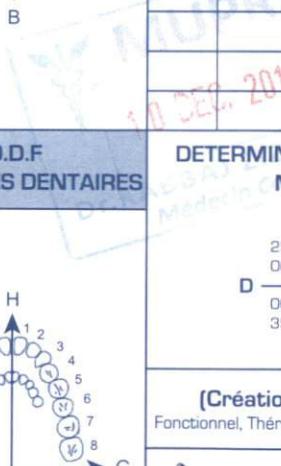
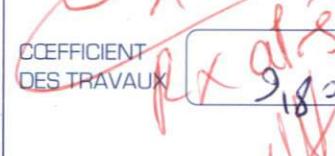
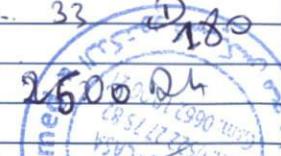
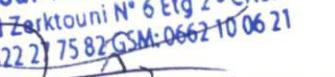
**الدكتور سليمان
دكتور KSIKES Mohamed**

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
des s	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Nom et Prénom du Pharmacien et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Nom et signature du Patient et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Nom et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre					
		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															
																			
																			
																			
																			
																			
																			
																			
																			
ODF PROTHÉSES DENTAIRES 																			
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE 																			
																			
																			
																			
																			
																			
																			
																			
																			
																			
																			

Dr. KSIKES Mohamed

CHIRURGIE - DENTISTE

Diplômé de la faculté de Médecine de DAKAR

الدكتور كسيكس محمد

جراحة الأسنان

خريج كلية الطب بدمشق

72, Boulevard Zerkouni 2^{ème} étage, N°4

(Face Marché des Fleurs) - Casablanca

Téléphone : 0522 277 582

GSM : 0662 100 621

72، شارع الزرقطوني، الطابق الثاني رقم 4

(أمام سوق الزهور) - الدار البيضاء

الهاتف : 0522 277 582

الهاتف : 0662 100 621

Casablanca, le 08/08/2020 الدار البيضاء، في

Je soussigné Dr Ksikes Mohamed ass. affab.
les soins de prothèse fixe et partielle
naturel au Dr. Dr. Abdellatif. N. J. à pris
le 26/08/2020. Deux g. ll succès au

