

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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 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

Reclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5372

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre : RETRAITE

Nom & Prénom : GHOLANI ABDERRAHMANE

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.69.18.09.02 Total des frais engagés : 16.000,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 07/01/2020

Nom et prénom du malade : GHOLANI Nouridine Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Dentiste délabrée

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) :

Le : 07/01/2020

ACCUEIL

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
14/12/19	Exo	D80	1.600,-	DR. BABICH Mery Chirurgien Dentiste 243, Bd. André-Moumen 1000, Bruxelles Tél: 02 148 11 81 - 0477 39 31
28/11/20				

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

A diagram of a dental arch (maxilla) with numbered teeth (1 through 8) and a coordinate system. The arch is oriented with the upper teeth pointing upwards and to the right. The coordinate system has a vertical y-axis pointing upwards and a horizontal x-axis pointing to the right. The origin is at the center of the arch. The teeth are numbered as follows: 1 (central upper), 2 (lateral upper), 3 (lower), 4 (lower), 5 (lower), 6 (lower), 7 (lower), 8 (lower). The y-axis is marked with values 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 from bottom to top. The x-axis is marked with values 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 from left to right. The origin is at the center of the arch.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

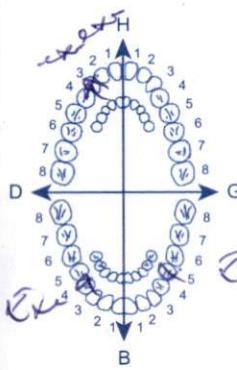
243, Bd. Alfonso XII - Casablanca
Tél: 05 22 86 39 31

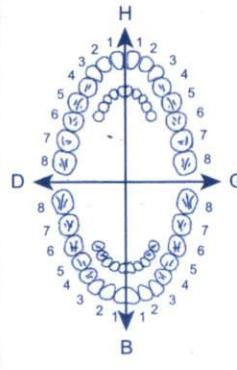
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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	
	13	Exo	D ₂₀	COEFFICIENT DES TRAVAUX DÉBUT D'EXÉCUTION FIN D'EXÉCUTION
	14	Exo	D ₂₀	
	35	Exo	D ₂₀	
	44	Exo	D ₂₀	
				MONTANTS DES SOINS 1.600,- 16/11/19 71/120

O.D.F. PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>	H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	B	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXÉCUTION
H	G													
25533412	21433552													
00000000	00000000													
D	B													
00000000	00000000													
35533411	11433553													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Dr. BARRICH Meryem
Chirurgien Dentiste
243, Bd. Alphonse Mérat
Bab El Oued - La Sabkha
Tél : 05 22 86 39 31

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Dr. BARRICH Meryem
Chirurgien Dentiste
243, Bd. Alphonse Mérat
Bab El Oued - La Sabkha
Tél : 05 22 86 39 31

Dr. BARICH Meryem

Médecin Chirurgien Dentiste
Lauréat de la Faculté de Médecine
Dentaire de Casablanca

Soins Dentaires - Parodontaux
Prothèse Fixe - Amovible
Orthodontie - Chirurgie
Pédodontie - blanchiment



د. باريش مريم

طبيبة جراحة الأسنان
خريجة كلية طب الأسنان
بالدار البيضاء

معالجة الأسنان ورعاية اللثة
تحويم الأسنان
تقويم و جراحة الأسنان
تبين وأشعة

Casablanca le : EL GhotLANE الدار البيضاء في :
Mme Mlle M. : 7/11/20 Nofedine

Foot note:

Exécution : Exo 13, 14
Br 44

Fix Conv : 3160904

Dr. BARICH Meryem
Chirurgien Dentiste

243, bd. Abdelloumen, Imm. Morjana

Etage 1W Casablanca

Tel: 0522 05 39 31