

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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° W19-463257

RID

(15 815)

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

9558

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

JAAFAR HAFID

Date de naissance :

24/12/1969

Adresse :

JILLA C 46 20 HOUFI, NAKHL SUD
MARRAKECH

Télé. :

066 702 760

Total des frais engagés :

1900 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Chérif EL BOUZOUSFI
Chirurgien Dentiste
Appt. N° 4 Imme. E Complexe Atlas
Av. Allal El Fassi Bab Doukkala
Marrakech / Tél. : 05 24 44 95 95

Date de consultation :

31/12/2019

Nom et prénom du malade :

Jaafar Ahmed

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Sein 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

09 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 :

AGOUZEF

Le : 31/12/2019

Signature de l'adhérent(e)

RELEVÉ 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
11/12/19	CD	17 - D15	300.0H	INP : 07141618161261
11/12/19	CD	27 - D15	300.0H	Jr. Chorouq EL BOUYOUSFI
11/12/19	CD	17 - D15	300.0H	Chirurgien Dentiste
11/12/19	CD	37 - D15	300.0H	Appt. N° 4 Bnrs. B Complexe Allass
11/12/19	CD	36 - D15	300.0H	Av. Attal El Fazat Bld Driss Kala
31/12/19	DT	D25	400.0H	Marrakech Tel.: 05 24 44 95 05

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 Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

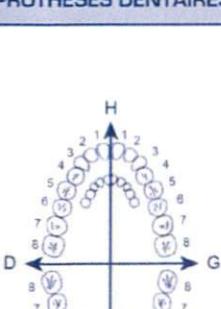
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	
	1 7 2 7 4 7 3 7 3 6	CP CP CP CP CP DET	D15 D15 D15 D15 D15 D25	INP : 07143618626
				COEFFICIENT DES TRAVAUX D100
				MONTANTS DES SOINS 19 00,44
				DEBUT D'EXECUTION 4/12/2019
				FIN D'EXECUTION 31/12/2019
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H D B	25533412 00000000 00000000 35533411	G G 00000000 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Chorouq EL BOUYOUSFI

Docteur en Chirurgie dentaire

Parodontologie - Implantologie - Chirurgie - Prothèse

Blanchiment dentaire - Esthétique dentaire



الدكتورة شروق البويسفي

دكتورة في طب و جراحة الأسنان

أمراض اللثة - زراعة الأسنان - الجراحة - تعويض الأسنان

بيض - تجميل الأسنان

Marrakech, le : 31/12/2019

Facture 284150

Doit :

Jasfar Ahmed

Désignation	Montant
17 composite → D15	300,00 DH
27 composite → D15	300,00 DH
47 composite → D15	300,00 DH
37 composite → D15	300,00 DH
36 composite → D15 - Détartrage → D25	400,00 DH

Montant Total

1900,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

2 Mille ; mille ; cent ; dirham

Condition de règlement :

100%

Dr. Chorouq EL BOUYOUSFI
Chirurgien Dentiste
App. N° 4 Imm. E. Complexe Atlassi
Av. Allal El Fassi Bab Doukkala
Marrakech / Tel. : +212 (0) 524 449 595