

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-413674

DIRET. CA

16079

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08368

Société : RAY

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : RACHIDI BOUBKER

Date de naissance : 01/01/67

Adresse : US BVD GILMANO RES JOSEPHINE LAM H
APR 4A YAMRAF CASA

Tél. : 066144421

Total des frais engagés : 1200,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. AHOUAZZANI
Orthodontiste
54, Rue Attafat - Casablanca
Tél : 05 22 04 16 93

Date de consultation : 25/12/19

Nom et prénom du malade : Rachidi Syman

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

Age : ☒ Enfant

Nature de la maladie : carterie

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 : Casablanca

Le : 09/01/2020

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

MUPRAS : Centre Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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
				INP : <input type="text"/>

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 Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. Ali OUAZZANI Orthodontiste 54, Rue Attabari - Casablanca Tél : 05 22 94 16 93	25/12/19	Radio Panoramique	3.000,00
	26/12/19	Tél. Radio dent	3.000,00

AUXILAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Montant détaillé des Honoraires
Dr. Ali OUAZZANI Orthodontiste 54, Rue Attabari - Casablanca Tél : 05 22 94 16 93		

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 694/AB290												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text" value="D12 X2"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="600,00"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text" value="25/12/19"/> FIN D'EXECUTION <input type="text" value="26/12/19"/>												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Ali OUAZZANI
Orthodontiste
54, Rue Attabari - Casablanca
Tél : 05 22 94 16 93

Casablanca, le 26/12/19

Nom et prénom du Patient : RACHIDI Aymen

FACTURE

DESIGNATION	MONTANT
_ Radio panoramique(D15)	300.00 Dhs
_ Téléradio du profil(D10)	300.00 Dhs
_ Détartrage(1 ^{ère} séance).....(D12)	300.00 Dhs
_ Détartrage(2 ^{ème} séance).....(D12)	300.00 Dhs
TOTAL	1 200.00 dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de mille deux cent dirhams.

ICE :001679210000003

Dr Ali OUAZZANI

Dr. Ali OUAZZANI
Orthodontiste
54, Rue Attabari - Casablanca
Tél : 05 22 94 16 93

Dr. Ali OUZZANI
Orthodontiste
54, Rue Attaban - Casablanca
Tél: 05 22 94 16 93

Dr. Ali OUAZZANI
Orthodontiste
54, Rue Abenham - Casablanca
Tél: 05 22 94 16 93