

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

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

Maladie Dentaire Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1284

Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : KARMOUSS MOHAMED

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 69 22 56 94 Total des frais engagés


13 JAN. 2020

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation 09 / 01 / 2020

Nom et prénom du malade : KARMOUSS MOHAMED Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : est cd

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 la médecine conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration.
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) : Carly Le : / /

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Chet du Pharmacien du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--------------------------------------|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

| Chemin et signature du Chambre et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|--|------|---------------------------------|---------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Achat 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 l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|-----------------|----------------|------------------|-----------------|-------------------------|
| | 4 5 | en拔歯 | D ₁₂ | Coefficient DES TRAVAUX |
| | 3 5 | Extraction | D ₁₂ | D ₂₄ |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | 400,- |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | 04-01-20 |
| | | | | FIN D'EXECUTION |
| | | | | 09-01-20 |

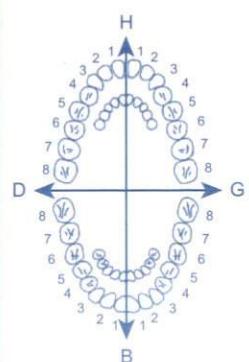
O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| | |
|----------|----------|
| | H |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

DRA SAIIDA SAKIoudi
DENTISTE
CLINIQUE
34, BLD EL HAMMAM
CASA - 1010
TÉL: 06.22.71.26.97

Dr. Saida SAKIOUDI
Chirurgien Dentiste
34, Bd. Mohammed V
N°58 - 2 ème étage
Casablanca - 20000
Tél.: 05 22 27 22 67



الدكتورة سعيدة سكيودي
طبيبة جراحية للأسنان
شارع محمد الخامس
الطابق الثاني رقم 58
الدار البيضاء - 20000
الهاتف: 05 22 27 22 67

04-01-2
Casablanca Le:

NOTE D'HONORAIRES

Patient : KARMA SS MOHAMED

objet : Attache de

mont : 400,00 (mt de la
drôle)

Dr. SAIDA SAKIOUDI
CHIRURGIEN DENTISTE
34, Bd. Mohammed V N°58
ASA - Tél. 05.22.27.22.67