

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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	13046	Société :	Royal Air Maroc
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		AMRI Asmae	
Date de naissance :		12/02/1993	
Adresse :		76, Rés. Al Houda, rue Sidi Am, Dabur Jemaa Rabat	
Tél. :		0670468216	Total des frais engagés : 700 Dhs

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
<i>Dr ZAHIN ABDELHAMID Chirurgien Dentiste Boussan II, Imm. 66, App. N°5, Tél: 05 37 20 26 95</i>	
Date de consultation :	16 JAN 2020
Nom et prénom du malade :	AMRI Asmae
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Son canine
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) : *ACCUEIL*

Le : 18/12/2019

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
04.12.15	O.D.F	D10	250 DH	INP : 10140050014.
14.12.15	O.D.F	D10	250 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prie 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 101400150014

COEFFICIENT DES TRAVAUX

D20

MONTANTS DES SOINS

500 DH

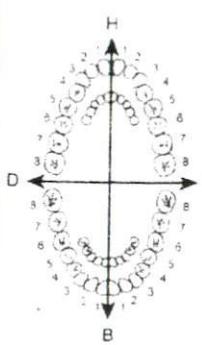
DEBUT D'EXECUTION

4.12.15

HIN D'EXECUTION

14.12.16

O.D.F PROTHESSES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	15533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	15533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession

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 LATIFA ABDELHAMID
Chirurgien Dentiste
Hassan II, 1mm. 66, Appart. 101
Tél: 05 37 20 26 95

Docteur ZAHIM Abdelhamid

Chirurgien Dentiste
Lauréat de la Faculté de Médecine
Dentaire de Rabat



الدكتور زعيم عبد الحميد

طبيب جراح للأسنان
خريج كلية طب الاسنان
بالرباط

ORDONNANCE

Rabat, le : 14.12.15. الرباط في :

FACTURE

Client : Amri Asmae

Date	Position Dent	Nature des Travaux	Coefficient	Montant Honoraires
04.12.15 25		obt	D 10	250 ⁰⁰
14.12.15 36		obt	D 10	250
			Total:	500 ⁰⁰

Dr. ZAHIM ABDELHAMID
Chirurgien Dentiste
Av. Hassan II, Imm. 66, Appt. N°5,
Tél: 05.37.20.26.95

Av. Hassan II, Imm 66 App. 5, 2ème étage - Rabat Tél. : 05.37.20.26.95

Patente : 26314570 - C.N.S.S. : 65996730 - I.F. : 33762159 - I.C.E. : 001706885000066

I.N.P.E. : 104005004