

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.

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 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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

17613

Agape

Déclaration de Maladie : № P19-0015261

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 08219 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KHBAZ HICHAEL Date de naissance : 07.06.1968

Adresse : VILLA 6 DLO 22 GGT Dillovent Ben Koura

Tél. : 066146919 Total des frais engagés : 300 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27.12.2013

Nom et prénom du malade : KITBAZ HICHAEL Age:

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : CMOR

Le : 16.10.2020

Signature de l'adhérent(e) : 

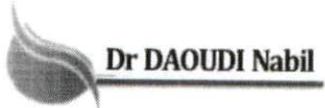
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
des s	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Chet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Chet et signature du Patient et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre					
		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.																
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
	16	cp	D ₁₂	COEFFICIENT DES TRAVAUX D ₁₂												
				MONTANTS DES SOINS 30900												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION 27/1/99												
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="0"> <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
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	G	00000000	00000000													
	B	35533411	11433553													
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS <i>Docteur Abdellatif DAoudi</i> <i>Chirurgien Dentiste</i> <i>165, Abdelemrane Rue Pasteur</i> <i>Tel: 0522 23 78 75</i>																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION <i>Docteur Abdellatif DAoudi</i> <i>Chirurgien Dentiste</i> <i>165, Abdelemrane Rue Pasteur</i> <i>Tel: 0522 23 78 75</i>																



Dr DAOUDI Nabil

Chirurgien Dentiste
Spécialiste en Implantologie & Esthétique du sourire
Lauréat de la F.M.D.C
Ex attaché de l'Université Howard **WASHINGTON** D.C
Diplôme Universitaire d'implantologie de **TOULOUSE** France

Facture N°: 27219

Date : 27/12/2019

Bénéficiaire : Mme Khbaz Nadia
Mme KHBAZ NADIA

Email: khbaznadia@hayoo.fr

Code	Description	Dents	Prix	Sous-total
Visite du 25/12/2019				
CP1	Composite simple	16	300,00	300,00
Total				300,00

Arrêté le présent document à la somme de :
trois cents dirham(s)

Docteur Nabil DAOUDI
Chirurgien Dentiste
Rés. Abdelmoumen Rue Pasquier
Immeuble Appartement 4
Tél: 0522 23 78 75

236 Angle Bd Abdelmoumen et Rue Pasquier **CASABLANCA** Tel : 05 22 23 78 75

IF : 42202642 ICE:002190416000056 CNSS :7047162