

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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.

N° W19-497388

RIID

17918

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricole : 11784			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ABBOU Maitaine			
Date de naissance : 26.10.77			
Adresse : Résidence FATHIENI 6 Gravier CASA			
Tél. : 0688975508	Total des frais engagés : Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Dr. Omar Benchekroun Chirurgien Dentiste 58, Rue M. El Manfalout (Ex. Mâcherbes) C: 29.35.63 - CASABLANCA			
Date de consultation : 21/01/2020			
Nom et prénom du malade : Abla Fadnassi			Age: 12 ans
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : maladie buco-dentaire (MBD)			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 23 JAN. 2020			
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 : CASA DATE : 20/01/2020
Signature de l'adhérent(e) : 

RELEVE 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 : [REDACTED]

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 Particulier	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 094008570
	1 4	Compac dentalvag complet	D10 D12	COEFFICIENT DES TRAVAUX Des.
				MONTANTS DES SOINS 700
				DEBUT D'EXÉCUTION 21/01/20
				FIN D'EXÉCUTION 22/01/20
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	H	25533412 00000000 35533411	G	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	D	00000000 35533411	B	MONTANTS DES SOINS
	G	21433552 00000000 11433553		DATE DU
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		

Handwritten notes on the form:

- Handwritten INP number: 094008570
- Handwritten dental treatment notes: "Compac dentalvag complet" with arrows pointing to specific teeth (1, 4, 10, 12).
- Handwritten start date: 21/01/20
- Handwritten end date: 22/01/20
- Handwritten coefficient: Des.
- Handwritten amounts: 700

Dr. Omar BENCHEKROUN

Chirurgien dentiste

DU Implantologie Chirurgicale Orale
et Maxillo Faciale

Diplômé de l'Université Paul Sabatier, Toulouse III
et de l'Université de médecine de Varsovie

sur rendez-vous



الدكتور عمر بنشقرورون
طبيب جراحي للأسنان
نزع الأسنان

بالموعد

Casablanca, le 22/01/20

Note d'honoraires
à l'attention de Mme Abla Fadnassi

Composite sur la dent n°4
détartrage complet.

montant 700,00 Dhs

Sept cent dirhams

Dr. Omar Benchekroun
Chirurgien Dentiste
58, Rue Mustapha El Manfalouti
Casablanca
Tél/Fax : 0522 29 35 63 - 0522 27 02 49