

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0021051 *PEC*

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3087 Société : R.A.M *157295*
 Actif Pensionné(e) Autre : R.
 Nom & Prénom : NACHTI *Abdelhak*
 Date de naissance : 01.01.1980
 Adresse : El Wanda Bd Mohammed V
 Tél. : 0609 899844 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr Mostafa LOUAHLA
Médecin Dentiste
 Angle Bd. Mohamed V et Rue
 Yacoub Al Mansour - Benchechid

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 11.04.1992
 Nom et prénom du malade : Nachti Basma Age : 11.05.05
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : prise en charge
 Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :
 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 : Le : / /
 Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie **M22-0021051**

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :
 Nom de l'adhérent(e) :
 Total des frais engagés :
 Date de dépôt :

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.

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

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 Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

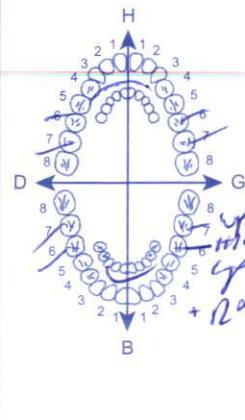
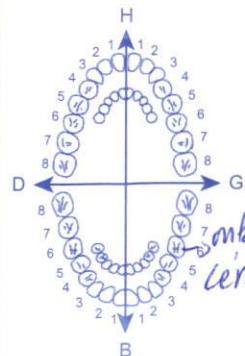
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
	16.17 27 37 47 36 36	DCP Yous D30 DCP Yous D30 DCP Yous D1X DCP Yous D30 DCP Yous D40 DCP Yous D26	Coefficient DES TRAVAUX D169 + 26
	36	45000	MONTANTS DES SOINS 45000
	36	26	DEBUT D'EXECUTION
	36	26	FIN D'EXECUTION
	35533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11430033	Coefficient DES TRAVAUX D180
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession	3000	MONTANTS DES SOINS 3000
	onlay céramique may céram	11/04/23	DATE DU DEVIS 11/04/23
	36 D 180		DATE DE L'EXECUTION
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS <i>Mostafa LOUJAHIA Dentiste Bd. Mohamed V et Rue Angèle Al Mansour - Berrechid 55 22 33 66 41</i>	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	

Dr Mostafa LOUAHLIA
Médecin Dentiste
Angle Bd. Mohamed V et Rue
Yacoub Al Mansour - Berrechid
Tél.: 05 22 33 66 41

Nachit Basma
Date De Naissance :

Dr Mostafa LOUAHLIA
Médecin Dentiste
Angle Bd. Mohamed V et Rue
Yacoub Al Mansour - Berrechid
Tél.: 05 22 33 66 41



Scale: 116%



11/04/23 68,0kV 10,0mA 15,9s 133,6mGy \times cm²