

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3264 Société : ACC
 Actif Pensionné(e) Autre : PC
 Nom & Prénom : CHRAIBI FAYCAL
 Date de naissance : 19hs a FES
 Adresse : lebniement Attac Tamoune Rue 6 N° 57 OULFA EASA
 Tél. 0666198568 Total des frais engagés : 20115 52600 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Dr AYIF Moulay ismail Hôpital Cheick Khalifa ibn Zaid Médecin Dentiste
 Date de consultation : / 05/05/2022 / Tél: 0522 05.02.52
 Nom et prénom du malade : CHRAIBI FAYCAL Age : 40
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Devise Poésie
 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 ADHÉRENT

Déclaration de maladie M23- N° 0035716

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 : 3164
 Nom de l'adhérent(e) : CHRAIBI
 Total des frais engagés : 20115 52600
 Date de dépôt : deux

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 - RADIographies

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
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

-032516-

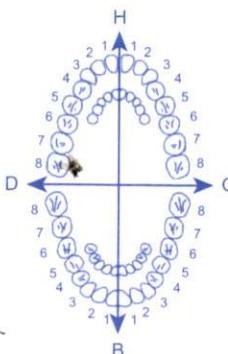
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553
D 00000000 B Rehausse Accord	G 00000000 R 400 + P 400 52 600,00

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

EX 17 +
Gestion sinusid
Maxillofacial CBS
+ Coquille d'arcade

Dr AFI Mouly Implant
Hôpital Chirurgie Maladie Maladie
Médecin Dentiste
Tél: 05 55 50 25 52

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

DEVIS ESTIMATIF

Date 15/04/2024
N° : 240415132654IM

Nom patient : CHRAIBI FAICAL

Prise en charge : PAYANTS

Traitements SOINS DENTAIRES
DR AFIF

PRESTATIONS	Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant
FERMETURE AUTOPLASTIQUE D'UNE COMMUNICAT	1		9 700,00	9 700,00
- Avulsion d'une dent permanente sur arc	2		450,00	900,00
COURONNE ZIRCON CERAMIQUE SUR IMPLANT	4	F	6 000,00	24 000,00
- Pose d'implant dentaire antérieur, pha	2		9 000,00	18 000,00
		Sous-Total		52 600,00

Arrêté le présent devis à la somme de :
CINQUANTE-DEUX MILLE SIX CENTS DIRHAMS

Total devis 52 600,00

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Centre Dentaire
+212 522 510 10