

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° W19-417822

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11964

Optique

Autres

Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BELLAKA MURZAM

Date de naissance : 04/11/1975

Adresse :

Tél. : 0661858486

Total des frais engagés :

500 Dhs

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Mohamed Ali CHRAIBI
Docteur en Médecine Dentaire
Chirurgie Buccale Parodontologie
et Implantologie Orale
158, Bd. de Bourgogne - Casablanca
Tél : 022.49.11.09

16/07/2019

Date de consultation : 15/07/2019

Nom et prénom du malade : MURZAM BELLAKA

Age:

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Gencive

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 : Casablanca

Le : 16/07/2019

Signature de l'adhérent(e) :

180218MD

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 : <input type="text"/>

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

VOLET ADHERENT

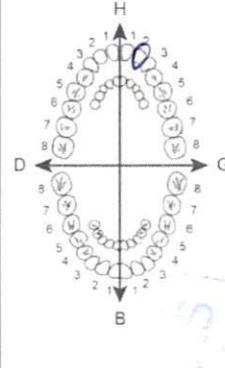
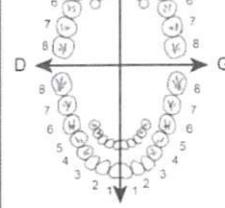
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>								
	2.2	Gaps	D ₁₅									
				Coefficient des travaux <input type="text"/> D ₁₅								
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> 5000								
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> 15/7/13								
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>								
				Coefficient des travaux <input type="text"/>								
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>								
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>								
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>								
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE												
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">H</td> <td style="width: 50%;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000 35533411</td> <td>21433552 00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>					H	G	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	D	G	B	
H	G											
25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553											
D	G											
B												
(Création, remont, adjonction)												
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession												
												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION												
												

Dr DR CHRAIBI MOHAMED
ALI
Chirurgien Dentiste
159 BD DE BOURGOGNE
RESIDENCE SHWAN APPT
19
CASABLANCA

Tél: 0522 49 11 09

ICE: 001875531000095

Note d'honoraire N°: 107/2019

Date : 15/07/2019

MYRIAM BELLAHA

Nom de l'acte	Code	Lettre clé+Coeff	Dent(s)	Montant
COMPOSITE MOD CERVICAL	D702	D 15	22	500,00 DH
				TOTAL 500,00 DH

Mode règlement :



Arrété le montant de la facture à la somme de :

Cinq cent MAD

Signature du praticien

Dr. Mohamed Ali CHRAIBI
Docteur en Médecine Dentaire
Chirurgie Buccale, Parodontologie
et Implantologie Orale
159, Bd. de Bourgogne - Casablanca
Tél : 022.49.11.09