

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
 O Prise en charge : pec@mupras.com
 O 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 de caractère personnel.

MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de

N° W19-432528

Maladie

Dentaire

Optique

Au

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7580

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ESSAHIBI

HASSAN

Date de naissance :

01/11/1961

Adresse :

Bloc 3 N° 20 HAY AGU LTAOU AL JEHADIA
DECHEN & INSETGANE

Tél. :

0695560949

Total des frais engagés : 600,00

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :



Date de consultation :

11/07/19

Nom et prénom du malade :

Essahibi

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Seins dentaire

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'attendeur de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : 11/07/19

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVÉ 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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 canalaires, ainsi que le bilan de

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)
onctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

1998年7月《中国青年报》第12版“读书”栏目刊载了这篇文章。

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Sanaa Mikou Leqlalech

Chirurgien Dentiste
Diplômée de la Faculté
de Médecine Dentaire de Casa

Résidence Kenza - 1^{er} étage App N°1 - Av. Hassan II
Dcheira - El jihadia- Inezgane
Tél. Fax : 05 28 33 51 34



الدكتورة سنا، ميكو لقلالش

طبيبة جراحية للأسنان
خريجة كلية طب الأسنان
بالدار البيضاء

إقامة كنزة الطالق الأول شقة رقم 1 شارع الحسن الثاني
الداشيرة الجهادية - إنزكان
المهاتف : 05 28 33 51 34

14 SEP. 2019

Inezgane le

إنزكان في.

11/07/19

NOTE D'HONORAIRE

Je soussigné(e) Dr, Sanaa Mikou Leqlalech

Certifie que : *Essahibi Lakhoum bakrim*

A subi à ce jour des soins dentaires dont la note d'honorairess'élève à :

600,00 DH (six cent dh)

Cachet et signature de médecin

Dr Sanaa Mikou LEQLALECH
Chirurgien Dentiste
Résidence Kenza 1^{er} Etage App N°1
Av. Hassan II, Dcheira El Jihadia
Inezgane - Tel. 05 28 33 51 34