

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7190 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL HAQIQUI FAYD

Date de naissance : 10.12.1950

Adresse : 8 Avenue Allal Ben Abdellah Casablanca C.T.L. Cessa

Tél. : 05 22 36 07 03 Total des frais engagés : 1000 MAD
0662475965

Cadre réservé au Médecin

Dr. Nora FAYD
22, Bd. Oued Baht, 1er Etage
El Jadida - Casablanca
Tél. 05 22 93 07 61

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08 / 07 / 2019

Nom et prénom du malade : Dr. EL HAQIQUI AÏCHA SEP 2019 Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Soins Dentaires

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 médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : Casablanca Le : 08/07/2019

Signature de l'adhérent(e) : 

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Chet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Chet et signature du Soigneur et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

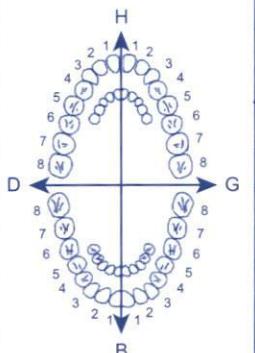
Chet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

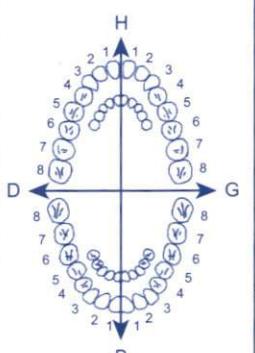
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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
	09/07/2019	Détartrage du maxillaire inférieur	D ₂₂ + D ₂₄
	11/07/2019	Détartrage du maxillaire supérieur	D ₂₂ + D ₂₄
			MONTANTS DES SOINS 400 Dhs
			DEBUT D'EXECUTION 09/07/2019
			FIN D'EXECUTION 11/07/2019

*Dr. Nora FAID
22, Bd Ouled Aicha - Casablanca
Tel: 05 22 93 07 61*

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
	H 25533412 21433552 D 00000000 00000000 B 00000000 00000000 G 35533411 11433553
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession
	MONTANTS DES SOINS [Blank]
	DATE DU DEVIS [Blank]
	DATE DE L'EXECUTION [Blank]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Nora FAYD

Cabinet dentaire

Docteur en médecine dentaire

Diplômée des facultés de Paris et de Dijon
orthodontie, parodontie, soins dentaires,
prothèse et blanchiment

نورة فايد

طبيبة جراحة الأسنان

خريجة كلية باريس و ديجون
علاج و تقويم و ترميم الأسنان، علاج أمراض
اللثة و تبييض الأسنان

FACTURE DE SOINS
DE M^{me} EL HAQUI QUI A CHA

- Détartrage du maxillaire inférieur
- Détartrage du maxillaire supérieur

Total honoraires : 400 MAD

Dr. Nora FAYD
22, Bd Oued Baht, 1er Etage
El Oulef - Casablanca
Tel. 05 22 93 07 61

N°22, Boulevard Oued Baht 1^{er} étage Oulfa
Casablanca.

Tél.:

E-mail :

022.93.07.61 / 012.14.47.44

nora.fayd@yahoo.fr

الرقم 22، شارع وادي بهت الطابق الأول

الألفة الدار البيضاء.

الهاتف :

البريد الإلكتروني :