

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 canaux, 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 canaux.

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0044633

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7190 Société : RMT

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL HAQUI Aicha

Date de naissance : 16/1/1950

Adresse : 2 rue de la Liberté Casablanca

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

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 08/07/2019

Nom et prénom du malade : EL HAQUI Aicha Age : 2019

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) :

RELEVÉ 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

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Médecin 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	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

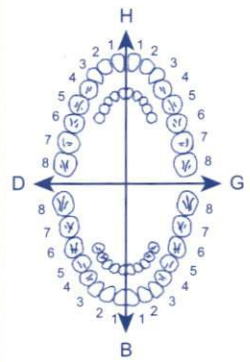
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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
	09/07/2019	Décharge du maxillaire inférieur	D ₁₂ 6				
	11/07/2019	Décharge du maxillaire Supérieur	D ₁₂ 6				

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	Coefficient DES TRAVAUX
	
H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 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



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

BPR

11/07/2019

FACTURE DE SOINS
DE ST EL HAQUIQUI AÏCHA

- Détartrage du maxillaire inférieur
- Détartrage du maxillaire Supérieur

Total Honoraires : 400 RD

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

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

Tél.:

022.93.07.61 / 012.14.47.44

E-mail :

nora.fayd@yahoo.fr

الرقم 22، شارع وادي بهت الطابق الأول

الألفة الدار البيضاء.

الهاتف :

البريد الإلكتروني :