

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.

Dét

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 8441		Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
<input type="checkbox"/> Autre :			
Nom & Prénom : EL MASROUK MAROUANE			
Date de naissance : 1989-07-07			
Adresse :			
Tél. : 0667054569		Total des frais engagés : _____ Dhs	
Docteur BENMOUSSA Ali <i>Chirurgien Dentiste</i>			
Cachet du médecin : Angle Bd Abdelmoumen et Rue Abou Marouane Abdemalek Tél: 05.22.86.22.06 / 86.81.00 - Casa			
Date de consultation : 09/09/2019			
Nom et prénom du malade : LAAMRI AICHA Age: _____			
<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Prothèse 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'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.			
MUPRAS 20 SEP 2019 ACCUEIL			

SA

AA

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 - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

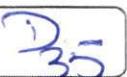
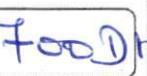
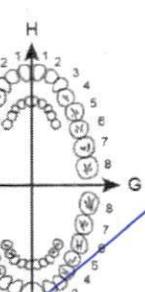
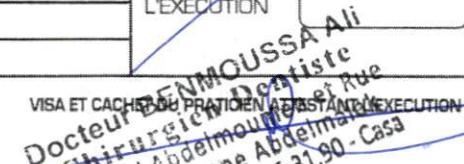
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 l'ODF.

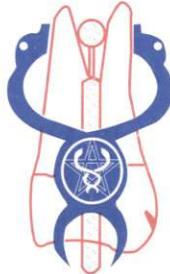
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 094011467												
	(2+) Dept	D 35 COEFFICIENT DES TRAVAUX														
		Montants des soins														
		Debut d'exécution	05/07/119													
		Fin d'exécution	09/07/119													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
	Coefficient des travaux															
	Montants des soins															
	Date du devis															
	Date de l'exécution															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																
																

ALI BENMOUSSA

Docteur en médecine dentaire

Spécialiste en orthodontie

Spécialiste en implantologie



علي بنموسى

دكتور في طب الأسنان

اختصاصي في زرع الأسنان

اختصاصي في تقويم اعوجاج الأسنان

خريج جامعة بوردو II

الدار البيضاء ، في

Diplôme de l'université de Bordeaux II

Casablanca, le ٢٩١٥٧١٢٠١٥

Facture

Hme LAAMRI AICHA

- DéP + Composité (2+) ٢٤

D₃₅ → ٤٠٠ DH

24 SFP. 2019

BPA D35

Arrêtée la présente facture à la somme de
Sept cent dhs.

Docteur BENMOUSSA Ali
Chirurgien Dentiste
Angle Bd Abdelmoumen et Rue
Abou Marouane Abdellalek
05 22 86 22 06 / 86 31 90 - Casa

زاوية شارع عبد المؤمن أبو مروان عبد العالك - حي المستشفيات إقامة هشام الطايف الأول - الدار البيضاء

Angle Bd. Abelmoumen et Rue Abou Marouane Abdellalek - Quartier des Hôpitaux Résidence Hicham 1er Etage
Casablanca - Tél.: 0522 86 22 06 / 05 22 86 31 90
الهاتف: 0522 86 22 06 / 05 22 86 31 90

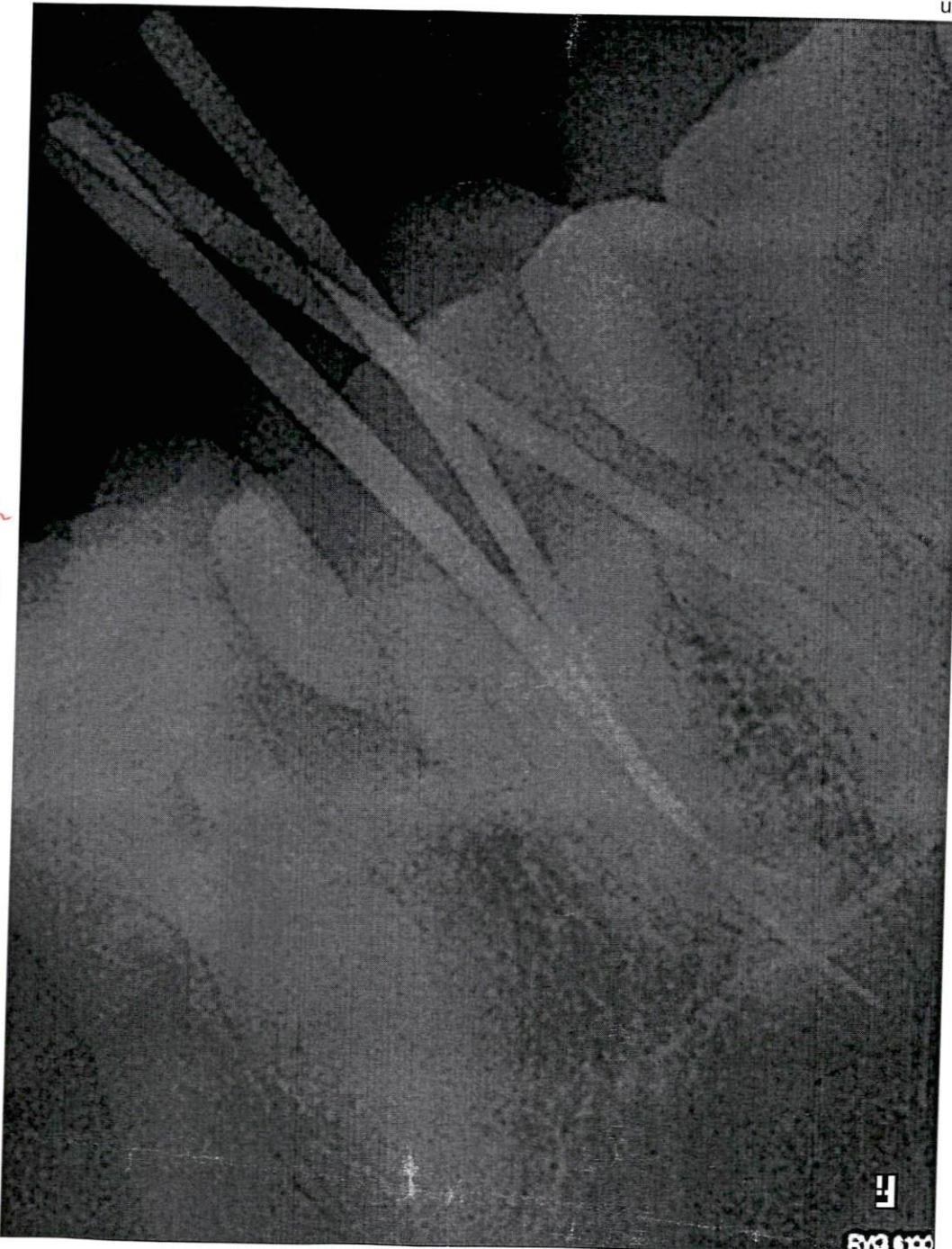
ICE : 001794342000095 - IF : 42040665 - CNSS : 2154574 - INPE : 094011467

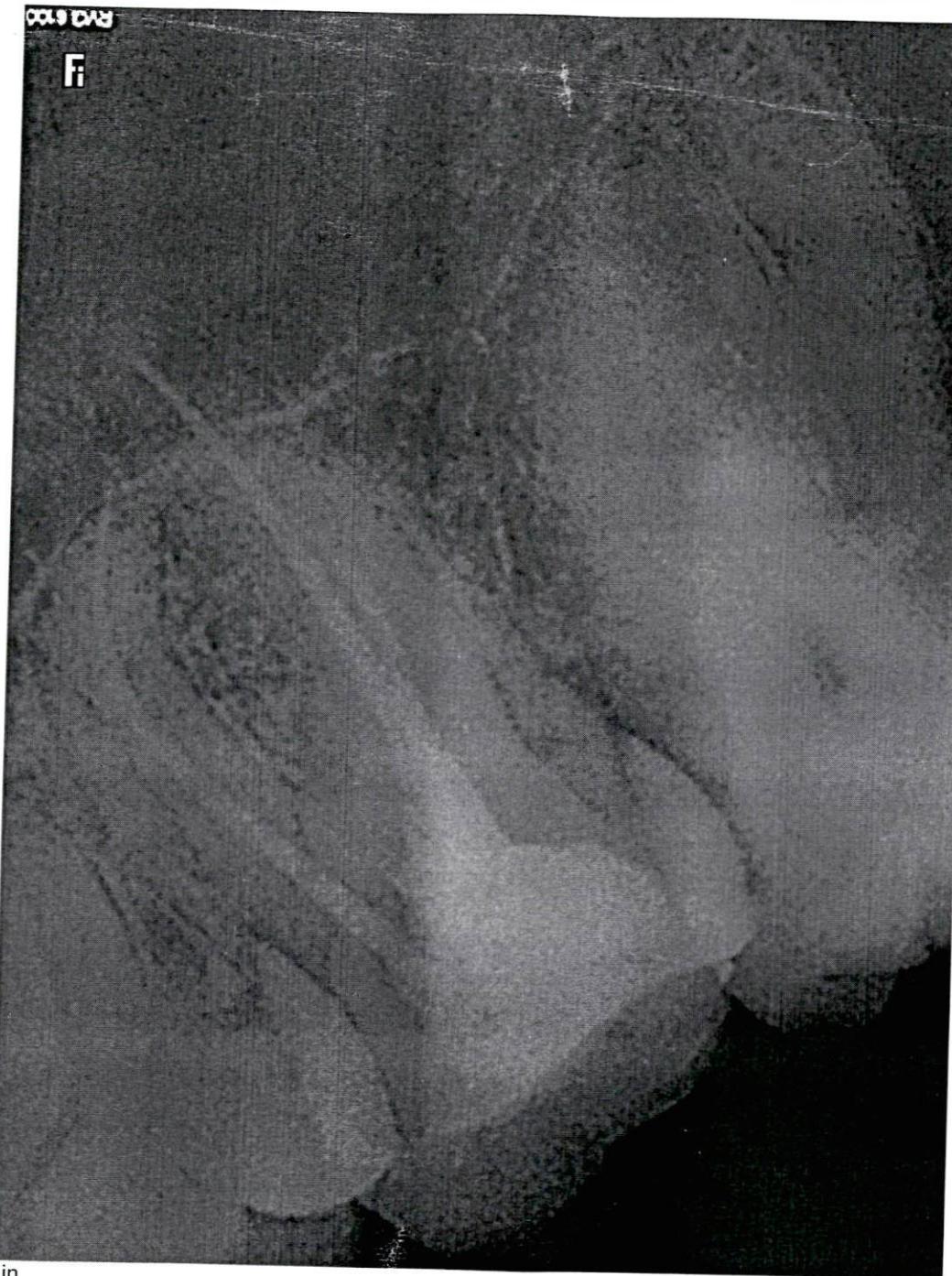
Lin

F

DENTAL

Docteur BENMCUSSA Ali
Chirurgien Dentiste
Angle Bd Abdelmalek et Rue
Abou Marouane Abdelmalek
Tél: 05.22.86.22.05 / 86.31.90 - Casablanca





Lin