

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

adie 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

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

Nº P19- 0047767

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 13151

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ORBALI

Date de naissance : 11/08/1992

Adresse : 15 Rés. Riviera, Rue Jabol Habri, Casablanca

Jaafar

Tél. : 0663495952 Total des frais engagés : 800,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Zerhouni Youssef
Chirurgien Dentiste
Centre dentaire C.I.L
Tél : 05 22 94 65 74

Date de consultation : 11/09/2019

Nom et prénom du malade : Orbal ALI

Age : 27

Lien de parenté : Lui-même

MUPRAS

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : dentaux dentaires

23 SEP. 2019

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 : CASA BLANCA

Le : 23/10/2019

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Nom du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Net et signature du Docteur et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Chet et signature du Praticien	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	
	46	Composite	D_{10}	COEFFICIENT DES TRAVAUX $D_{10} + D_{12}$
		Etainrage	D_{12}	MONTANTS DES SOINS 300
				DEBUT D'EXECUTION 18/09/2019
				FIN D'EXECUTION 18/09/2019
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000	21433552 00000000	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	D	00000000 35533411	00000000 11433553	
	G			
	B			
		(Création, remont, adjonction)		MONTANTS DES SOINS
		Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Youssef Zerhouni

Docteur en Chirurgie Dentaire

Soin dentaire

Parodontologie

Prothèse



الزرهوني يوسف

طبيب جراحي للأسنان

اختصاصي في أمراض اللثة

وتغليف الأسنان

Casablanca le : 18/05/2015 الدار البيضاء، في :

Facture

Patient: Osta Ali

✓ Composite sur P9 46

400,00 Dhs

✓ Détartrage

400,00 Dhs

Total 800,00 Dhs

Dr. Zerhouni Youssef
Chirurgien Dentiste
Centre dentaire C.I.L
Tél: 05/22 94 65 74

Clinique Dentaire CIL

42, rue de l'Atlas - CIL • Casablanca • Tél.: (022) 94 65 74 • Fax : (022) 94 59 81