

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

itions 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.

ologie 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 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.

ladie 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2887 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AbdelKader AMRAoui

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 05 22 27 61 67 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

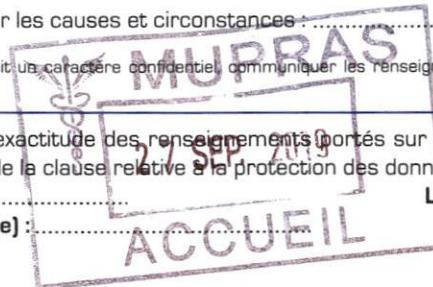
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19-031943

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

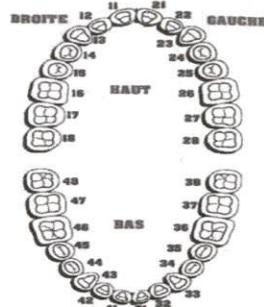
SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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

U.S
d01265

Coefficient des

Montant des soins

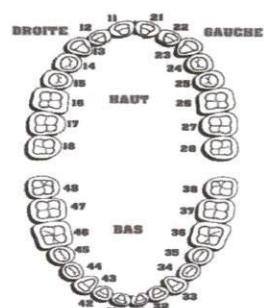
49.00

Début d'exécution

Fin d'exécution

Coefficient des travaux

Détermination du coefficient masticatoire



H	G
25533412 00000000	21433552 00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, Remont, adjonction)

Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

Visa et cachet du praticien attestant le devis

Visa et cachet du praticien attestant l'exécution



W18-403393

DATE DE DEPOT

30/09/2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 2887

Nom & Prénom Abdellkader AMRAOUI

Fonction : REFORME Phones. (05) 22276167

Mail AMRAOUI.1954@yahoo.com

MEDECIN

Prénom du patient

Adhérent

Conjoint

Enfant

Age

66

Date

Date 1ère visite

Nature de la maladie

21 SEP 2019

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
------------------	---------------------	---------------------------------

PHARMACIE

Date

Montant de la facture

Signature et cachet du Pharmacien

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

Date :

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

CACHET

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

CACHET

Visite
Dentiste

Jay R. Froug, D.M.D., P.A.
4868 Cortez Road W.
Bradenton, FL 34210

STATEMENT DATE	AMOUNT DUE
09-12-19	\$0.00
DUE DATE	REMITTANCE

Phone Number: 941-795-0877

MAKE CHECKS PAYABLE TO:
Jay R. Froug, D.M.D., P.A.

Abdelkader Amraoui
4440 Fairway Blvd
Apt 108
Bradenton, FL 34209

CURRENT	30 DAYS	60 DAYS	90+ DAYS	TOTAL BAL	INS ESTIMATE	DEFERRED	DUENOW
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

DATE	PATIENT	DESCRIPTION	CHARGES	PAYMENTS	BALANCE	YOUR PORTION
09-12-19		PREVIOUS BALANCE			0.00	0.00
09-12-19	Abdelkader Account	D0210 Intraoral-series w/bitew VISA card payment	49.00	49.00	0.00	49.00
09-12-19						0.00

NOTES

We always welcome your referrals!

JAY R. FROUG DMD PA
4868 CORTEZ ROAD WEST
BRADENTON, FL 34210

09/12/2019

15:42:49

CREDIT CARD

VISA SALE

Card #	XXXXXXXXXXXX3086
Chip Card:	Visa Credit
AID:	A0000000031010
ATC:	0038
ARQC:	2239D844C545431A
SEQ #:	6
Batch #:	1638
INVOICE	6
Approval Code:	02339B
Entry Method:	Chip Read
Mode:	Issuer

SALE AMOUNT \$49.00

CUSTOMER COPY

Pinebrook Dental Center



(941) 795-0877

**4868 CORTEZ ROAD WEST
JAY R. FROUG, D.M.D., P.A.
DOUG M. SELLECK, D.M.D., P.A.**

DENTAL ESTIMATE

~~NAME~~

DATE

THIS ESTIMATE IS VALID FOR 30 DAYS
PAYMENT IS DUE AT TIME OF SERVICE