

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.

Biologie 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.

Éducation :

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 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.

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

D

Déclaration de Maladie : N° P19-0015535

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12069 Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : M.SADEK HAMID Date de naissance : 18/04/1977

Adresse : rue 201, n 57, Hay Alay Abdellah, An Chak

Tél. : 06.60.40.16.10 Total des frais engagés : 500 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 1er 08/2013

Nom et prénom du malade : Idriss SADDAK Age : 11 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

parodontite

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.

MUPRAS

30 SEP. 2013

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 : Accueil siège/Ram le 1/10/2013

Signature de l'adhérent(e) :

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												
		<p>11 07 gp D 10</p> <p>limite</p> <p>de canaux</p> <p>au max 0</p>	<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>D 10</p>												
<p>O.D.F</p> <p>PROTHESES DENTAIRES</p>		<p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>1000</p>	<p>DEBUT D'EXECUTION</p> <p>28/9/19</p>												
			<p>FIN D'EXECUTION</p> <p>28/9/19</p>												
		<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">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			<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p></p>
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	35533411	11433553													
G															
			<p>MONTANTS DES SOINS</p> <p></p>	<p>DATE DU DEVIS</p> <p></p>											
				<p>DATE DE L'EXECUTION</p> <p></p>											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Michael BOURAGA
Chirurgien Dentiste
Dr. El Abdess
El Harrach
Tel. 05 22 50 11 78

Nom / Prénom

ABDALLAH Hicham

Casablanca, Le :

28/9/19

Facture pour :

- Consultation Dentaire
- Implant (s) Dentaire (s)
- Radio Retro Alvéolaire
- Traitement Paradontal
- Extraction (s) Dentaire (s)
- Traitement Orthodontique
- Soins (s) Dentaire (s)
- Blanchiment Dentaire
- Prothèse (s) Dentaire (s)
- Autres :

Prix :

2000 (لهمة جلبي ٢٠٠)

Docteur Hicham BOURAGBA
Chirurgien Dentiste Orthodontiste
Dr. El Qods 10m. 11 N° 2
El inaya ١٠٢ Casablanca
Tel. 0522 50 11 78