

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

Informations 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.

Pathologie 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.

Education :

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.

Thérapeutique :

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 8 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 caractére 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

Nº P19-0035239

Optique *optique*

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *FFL* Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : *WARDINE FATHA*

Date de naissance :

Adresse :

Tél. *0668 127469* 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 P19-035239
27 SEP. 2019 Matricule :

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).

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	Coefficient des soins
DROITE	12 11 21 22 GAUCHE	46	excul	10	20
	13 14 23 24	47	excul	10	
HAUT	15 16 25 26				Montant des soins
	17 18 27 28				Kal
BAS	48 47 38 39				Début d'exécution
	46 45 36 35				27-7-19
	44 43 34 33				Fin d'exécution
	42 41 31 32				23-7-19
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			
DROITE	12 11 21 22 GAUCHE	H			
	13 14 23 24	25533412	21433552		
HAUT	15 16 25 26	00000000	00000000	G	
	17 18 27 28	00000000	00000000		
BAS	48 47 38 39	35533411	11433553		
	46 45 36 35				
	44 43 34 33				
	42 41 31 32				
(Création, Remont, adjonction)					
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession					
Coefficient des travaux					
Montant des soins					
Date du devis					
Fin de					

~~Dr. YAKoub SOUSSA
EL ABED
VISA EL CHAM
Chirurgien Dentiste
BIOSTIC 2000 - 1000
Tel: 05.22.93.50.55~~



W16-070102

DATE DE DEPOT

.../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT	Mle 2722	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom	WALDINE SATI HA	
Fonction :	Phones	0668427468.
Mail		

MEDECIN	Prénom du patient	WALDINE FATHIA		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age 53	Date 23-7-19
Nature de la maladie		Date 1ère visite		
<i>Sous</i> <i>Douloureux</i>		<i>FATIDRAS</i>		

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
Salut	320	Yee

PHARMACIE	Date <u>23.07.2019</u>	
Montant de la facture	<u>96,10</u>	

ANALYSES - RADIOPHARMACIES		Date :
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	CACHET

AUXILIAIRES MEDICAUX				Date :
Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

Casablanca, Le : 2019- 7-23

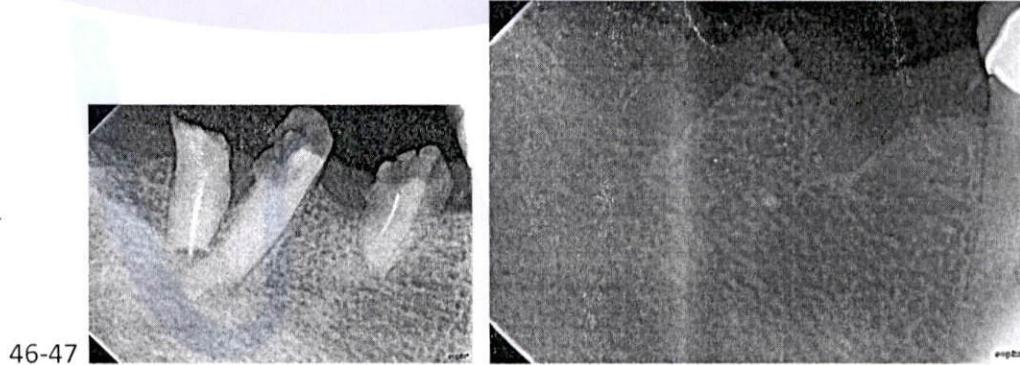
Nom Du Patient : Wardine Fatiha

Facture

Dent N°	Traitemet à effectuer	Coefficient	Honoraires
46	extraction	D10	200
47	extraction	D10	200
Total			

Le montant de soins s'élève à 400 dhs.

Radiographie



Dr. Yakoubi SOUSSANE
EL AÏD
Chirurgien Dentiste
Tel: 05.22.93.50.55

Casablanca, Le : 2019-7-23

Nom Du Patient : Wardine fatiha

Ordonnance

55,00

Amoxil 1 g cp

S.V

1 cp 2 fois par jour pendant 6 jours

22,2

Codoliprane cp 1 boite

S.V

18,90

1 cp toutes les 6h jusqu'à disparition de la douleur

S.V

Buccothymol Bain de bouche 1 Flacon

Effectuer 3 rinçages par jour pendant 30 secondes (matin, midi et soir) avec 15 ml de produit dilué dans un demi-verre d'eau

24 h après extraction

Dr. Yakoubi SOUSSANE
EL ABED
Chirurgien Dentiste
Tel: 05.22.93.50.55

96110

DR YAKOUBI SOUSSANE
Cabinet Dentaire
Casablanca
Télé: 0522935055
Fax: 0522935055
E-mail: abedyakoubi@hotmail.fr