

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

N° W19-448948

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	12568	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	RAF
Nom & Prénom : EL GHIZI Abdellah			
Date de naissance : 08/09/1986			
Adresse : Rg ANBAR 2 Im Gapt 11 ALMAZ Casab			
Tél. : 0676 07 78 00 Total des frais engagés			
DR ABDESSAMAD MOUSSITE Dhs			
Docteur en Médecine Dentaire			
CHIRURGIEN DENTISTE			
Spécialiste en chirurgie buccale			
Implant - Paro - Esthétique			
0522 23 74 99 - 0522 25 26 83			
M. DA 21 14 22 31			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 05.09.19			
Nom et prénom du malade : EL GHIZI Abdellah			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Consultation 2019 + traitement			
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 : Casablanca

Le : 08/09/2019

Signature de l'adhérent(e) : 

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" value="1111111111"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VP

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text" value="1094012226"/>
	3 7	TR	D25	CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text" value="D24"/>
	3 7	ob avec Recenstuction	D33	
		par Ancre et radiculite		
	3 7	R(+) Apres TR	D25	
	3 6	Extraction D10		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="800,00"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text" value="05/9/19"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text" value="28/9/19"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412	21433552	CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text" value=""/>
		00000000	00000000	
D	00000000	00000000	G	
	35533411	11433553	B	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text" value=""/>
				DATE DU DEVIS <input type="text" value=""/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text" value=""/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DR ABDESSAMAD MOUSTAFA

Docteur en Médecine Dentaire
CHIRURGIEN DENTISTE

Spécialiste en Chirurgie Buccale
Implant - Paro - Esthétique

Tel: 0522 23 74 99 - 0522 25 26 8

Gsm: 06 61 14 22 61

Dr Abdessamad MOKSSITE

Chirurgie buccale, Implantologie, Parodontologie,

Orthodontie, Dentisterie esthétique.

GSM: 06 61 14 22 61

Cabinet: 05 22 25 26 83 Fax: /23 25 70

Mail: cabinetmokssite@gmail.com



Dr. MOKSSITE Abdessamad

28/09/2019

Note d'honoraires

Patient : **ELGHAZI Abdelmounaim**

J'ai l'honneur de vous présenter les honoraires reçus,

dont le montant : **800,00 DH**

Soit : **huit cents 'DH'**

Pour :

D707 DENT 37 Traitement canalaire D25

D707 DENT 37 Obturation ancrage radiculaire D33

D713 DENT 36 Extraction D10

Facture N 107/19

Dr ABDESSAMAD MOKSSITE

Docteur en Médecine Dentaire

CHIRURGIEN DENTISTE

Spécialiste en chirurgie buccale

Implant - Paro - Esthétique

Tel: 0522 23 74 99 - 0622 25 26 83

Gsm: 06 61 14 22 61

IF: 40804505 TP: 35802749 ICE: 00180786000074 INP: 094012226

104 Bd Yaacoub el Mansour résidence al Wafaa Maarif 20370 Casablanca.