

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 | adhession@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° W19-460486

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 11353 Société : ROYAL AIR MAROC

Actif Pensionné(e) Autre : DAOWDÎ NOURA

Nom & Prénom : DAOWDÎ NOURA

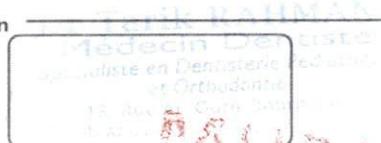
Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 2406 Total des frais engagés : 500 Dhs Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : DAOU DÎ NOURA Age : 09 OCT. 2019

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Cane歯

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.

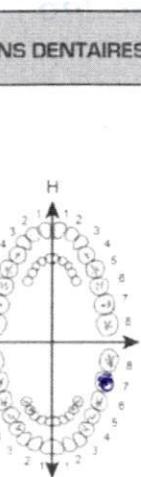
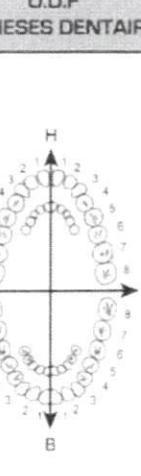
Fait à : Casablanca Le : 21/10/2019

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"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF																	
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées 3706 3665	Nature des Soins Coefficient	INP : 094010758														
			COEFFICIENT DES TRAVAUX														
			500,00														
			MONTANTS DES SOINS														
			21.09.19														
			DEBUT D'EXECUTION														
			FIN D'EXECUTION														
			COEFFICIENT DES TRAVAUX														
			MONTANTS DES SOINS														
			DATE DU DEVIS														
DATE DE L'EXECUTION																	
ODF PROTHÉSES DENTAIRES 																	
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433562</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433563</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	G	25533412	21433562	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433563	B	B
H	G																
25533412	21433562																
00000000	00000000																
D	G																
00000000	00000000																
35533411	11433563																
B	B																

NOTE D'HONORAIRES

DOCTEUR TARIK RAHMANI
CHIRURGIEN DENTISTE SPECIALISTE EN
DENTISTERIE ET ORTHODONTIE PEDIATRIQUE

TP 35499004 / Code ICE 001664788000039 / N° IF 40103962 / CNSS 6701694

NOTES D'HONORAIRES

CASABLANCA LE 21.09.19

DR
Dno
M

Nom du patient : DAoudi Nour

Actes effectués :
VOIR DETAILS SUR FEUILLE DE SOINS

Total Global des honoraires : 500,00 MAD

DR TARIK RAHMANI
Chirurgien Dentiste
Spécialiste en Dentisterie Pédiatrique
et Orthodontie
13, Rue Ait Ourir Bourgogne
Casablanca 20000 - 0522 27 99 88 /
0522 27 99 88 / dr.rahamani.t@gmail.com

SIGNATURE MEDECIN



Code INPE 094010758

13 RUE AIT OURIR - 1^{ER} ETG - APPT 2 - BOURGOGNE - CASABLANCA
TEL : 0522 27 99 80 / 88 - dr.rahamani.t@gmail.com