

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

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

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.

ntaire :

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

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

Déclaration de Maladie

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2078

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HESSANE ME

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0637972853

Total des frais engagés :

4000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

MUSLAK Fatima épouse HESSANE Age: 62

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Rehabilitation post-stroke

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

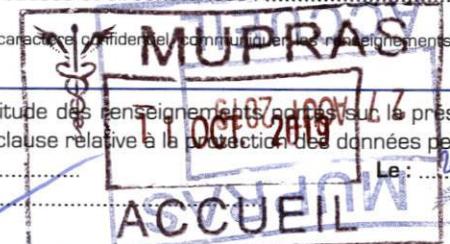
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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) :



RELEVÉ 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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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 canalaires, ainsi que le bilan de

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

D H

 12 21
 00000000 00000000
 00000000 00000000
 35533411 11433553

(Création remont, adjonction)

VISA ET BACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
. HIRURGIEN LIBRE
Bd. Hadi Ahmed Mekouar
Ain Sebaâ - Casablanca

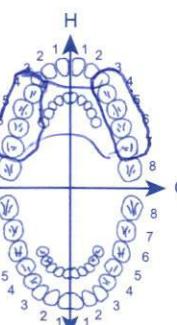
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION
CHIRURGIEN DENTISTE
30, Bd. Hajj Alay Mekouar
Ain Sebaa - Casablanca
TÉL : 523-250015

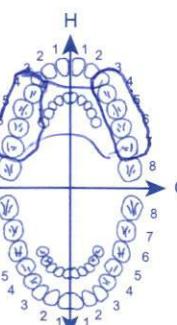
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
 				

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	CCEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">XMAX</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">12</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"></td> </tr> </table>	H	21	XMAX	12	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		DATS
	H	21														
	XMAX	12														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	DATE DU DEVIS	DATE DE L'EXECUTION
 DR. KAMAR CHIRURGIEN DENTISTE 1. Bd. Hadj Ahmed Mekouar Ain Sebaâ - Casablanca	29/05/19	09/10/19



Centre Dentaire Ain Sebaa

Implantologie
Orthodontie
Soins et Prothèse
Chirurgie et parodontologie

Dr. SEFRIoui KAMAR
Chirurgien Dentiste

Casablanca le 09.10.2019

Note d'honoraire N°474/19

*Prothèse Amovible valplaste remplacent la 17.16.15.14.13.23.24.25.26.27.

Totale de quatre mille dirhams

Effectué(es)(s) chez Mme Maslak Fatima

Dr. SEFRIoui KAMAR
CHIRURGIEN DENTISTE
30, Bd Hadj Ahmed Mekouar
Ain Sebaa Casablanca

30, Bd Hadj Ahmed Mekouar

Ain-Sebaa Casablanca. Tél: 0522.35.08.06

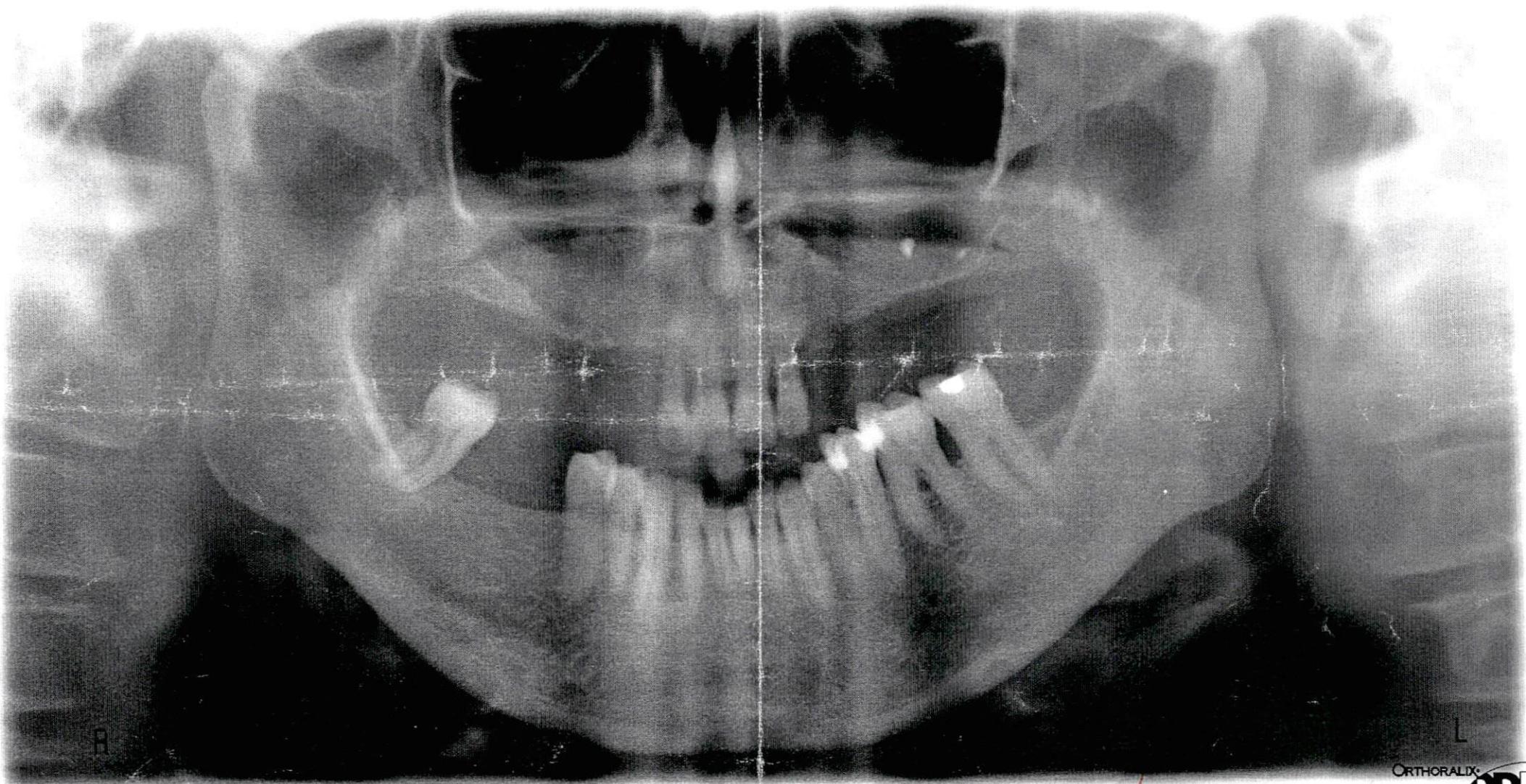
INPE : 094174091 / ICE : 001685714000062 / IF : 15172654

E-Mail: cdainsebaa@gmail.com



Patient: FATIMA MASLAK

26AOU2019 11:14



fm

ORTHORADIX
DDE

Note: