

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 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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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 d'à caractère personnel.

N° W19-412134

DIRB
N° 6972

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

G255

Société :

RAM
retailé

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHAIBABA

SOUAD

Date de naissance :

01 - 01 - 62

Adresse :

9, rue ZAHITOUNE ETG 4

Tél. :

06 76 80 56 95

Total des frais engagés

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

MUPRAS

31 OCT. 2019

ACCUEIL

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 :

Carap

SOUAD

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 23 / 10 / 19

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 :
.....
.....
.....

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

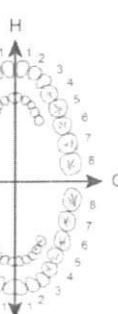
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
		41131 Décaly enfer	<u>WED 3/2</u> COEFFICIENT DES TRAVAUX
			24910
			600,-
			23/9/11
			27-1-11

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

The diagram shows a cyclohexene ring with two double bonds. Substituents are labeled as follows: a methyl group at position 1, a hydrogen atom at position 2, a hydroxyl group at position 3, a chlorine atom at position 4, another hydroxyl group at position 5, and a methyl group at position 6.

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	E
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

SA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DATE DE
L'EXECUTION

Dr. Ben Addou Idrissi Abderrahim

Chirurgien-Dentiste

Diplômé de la Faculté de Médecine de Strasbourg

Docteur d'Etat en Chirurgie Dentaire

Post-graduate de l'Université de New-York

Parodontologie et Implantologie Orale

Membre de la Société Française de parodontologie

et Implantologie Orale

Membre de l'académie Internationale de parodontologie

160, Rue Mustapha El Maâni

CASABLANCA

Tél. : 05.22.22.02.86

FAX : 05.22.27.23.38

الدكتور بن عدو الإدريسي عبد الرحيم

طبيب جراحي للأسنان

خريج كلية الطب بستراتسبورغ

حاصل على الدكتوراه في جراحة الأسنان

خريج جامعة نيويورك

أمراض اللثة وزراعة الأسنان

عضو في الجمعية الفرنسية بأمراض اللثة وزراعة الأسنان

عضو في الأكاديمية العالمية بأمراض اللثة

زنقة مصطفى المعاني 160

الدار البيضاء،

الهاتف : 05.22.22.02.86

الفاكس : 05.22.27.23.38

Cop / 8/10/18

*Bien de l'chef
jusqu'à la somme de*

*Bes, ce pour les
prothèses de dentures*

jeudi 8 Octobre

