

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

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

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

Maladie

Dentaire

Optique

25/10 DOS n° 8767 + 8500

R.A.M.

Matricule : 07364

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MENOUNY AMINE

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0666.266842 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Zouhair Abdellah
Orthodontiste exclusif
105 Avenue Sidi Mars 2 ème
étage App 5 Casablanca
Tel 0522 80 38 06

Date de consultation : 12/09/19

Nom et prénom du malade : MENOUNY RITA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : DDM

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : RAS

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

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration.
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-037078

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).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| des s | Nature des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|----------|---------------------|--------------------------|------------------------------------|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| het du Pharmacien u du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---------------------------------------|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| het et signature du toire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|---------------------------------|---------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| ch et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|---------------------------------|-------------------|--------|----|----|----|------------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

870786

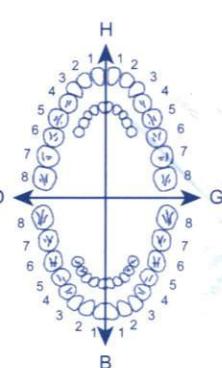
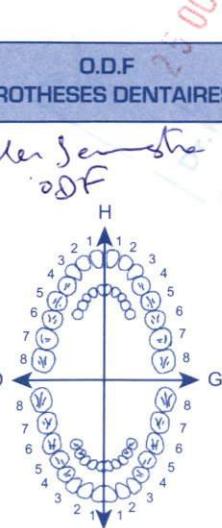
est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 |
|--|--|---------------------|-------------|
|  | | | |
|  | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | | | |
| <i>1er Semestre ODF</i> | | | |
| <i>Dr Zouhair ABIDINE</i> | | | |
| <i>105 Avenue de Mars 2ème étage 92160 Rueil Malmaison</i> | | | |
| DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
| <i>1er Semestre ODF</i> | | | |
| <i>Dr Zouhair ABIDINE</i> | | | |
| <i>105 Avenue de Mars 2ème étage 92160 Rueil Malmaison</i> | | | |
| Coefficient des travaux | <i>D 90</i> | | |
| Montants des soins | <i>3000 00</i> | | |
| Date du devis | | | |
| Date de l'exécution | <i>21.12.2013</i> | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | | |

Spécialiste en Orthopédie Dento-Faciale
Orthodontie de l'adulte et de l'enfant
Master Européen Damon, Madrid
Master Européen en Orthodontie Invisible
Invisalign, Malaga
Membre du Collège Européen d'Orthodontie

7364



Casablanca, le 12.09.2017

Facture

Je vous signale avoir reçu de l'orfèvre
Tlernouy Amine la somme de trois
mille dinars (3000,00 DH) pour
le 1er semestre ODF à son enfant

Rita Tlernouy.

QPR Dgo
JMK

23 OCT. 2019

Dr. Zouhair ABIDINE
Orthodontiste Exclusive
105 Avenue 2 Mars 2 ème
étage App 5 casablanca
Tél. 0522 805896

105 Avenue 2 Mars, 2ème Etage, Appt 5, Casablanca

Tel. +212 5 22 805 806

Mail. info@dentalclinic2mars.com

Web. www.dentalclinic2mars.com