

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

- Reclamation : 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.

Maladie **Dentaire** **Optique** **Autres**

Matricule : 12300 Société : RAN

Actif **Pensionné(e)** **Autre :** BEN RHANNO ADIL

Nom & Prénom : BEN RHANNO ADIL

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 2676 Total des frais engagés : #600,00# Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : 6 Aïl 19 NOV 2019 Benchirouche Age : 60

Lien de parenté : **Lui-même** **Conjoint** **Enfant**

Nature de la maladie : Dental

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 : CAJA

Le : 12/11/19

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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

~~Dr EL AZZAÏD Imame
Chirurgien Dentiste
8d Yacoub El Manssouri, 159 Bis Entrée A
Etg. 3 N° 11 - Casablanca
Tél.: 0522 90 00 66~~

094184033

NOTE D'HONORAIRES

Nom et prénom du patient :

A. D. Benhannan
Elhallaeb Imane

Nom et prénom du médecin dentiste :

N° de L'INPE : 094184033

N° de L'ICE : 002065760000062

N° de L'IF : 25204744

Identifiant à la taxe professionnelle : 35800507

Dr. EL HATTAB Imane
Chirurgienne Dentiste
Bd. Yacoub El Mansour, 159 Bis Entrée A
Etg. 3 - 4^e 11 - Casablanca
Tél.: 0522 93 00 66

Date : 07/11/2019

أسنان محلية Dents traitées	رمز المدارات Valeur clé	تاریخ المدارات Dates des actes	محل المدارات Lettre clé +cotation NGAP	قيمة المدارات Valeur clé	المبلغ المفتوح Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأسنان Signature et cachet du médecin dentiste
✓	0708	07/11/19	0	12x2	600DH	

Montant global : 600DH

Signature et cachet

Adresse : 159 Bd Yacoub El Mansour, entrée A , étage 3 , appartement 11.

Téléphone : 0522990066

E-mail : centredentaireyacoubelmansour@gmail.com


Dr. EL HATTAB Imane
Chirurgienne Dentiste
Bd. Yacoub El Mansour, 159 Bis Entrée A
Etg. 3 - 4^e 11 - Casablanca
Tél.: 0522 93 00 66