

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.

Biologie 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.

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.

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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

Déclaration de Maladie : N° P19-0020529

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1578 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : K.HAMLI CHI Khadija Date de naissance : 1-1-47

Adresse : IRASR. NOUZHA, casablanca au MAGS, Casablanca

Tél. : 0661.181761 Total des frais engagés : 4.400 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : K.HAMLI CHI Khadija Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Prothèse dentaire

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 20/11/19

J. Hamli

MUPRAS

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
des Actes	Nature 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 Coefficients	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 l'ODF.				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
	A 5 compati	D 15		Coefficient DES TRAVAUX D 15
				MONTANTS DES SOINS 4000
				DEBUT D'EXECUTION 18/11/2019
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	D 00000000 35533411	G 21433552 00000000	Coefficient DES TRAVAUX D 100
	B 11433553			MONTANTS DES SOINS 4000
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION 20/11/19
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION			

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 20.11.20.19

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 1578 e-mail : Phones : 06-69-1847-61
 Nom et Prénom de l'adhérent : KHAMALCHI Vifaclija
 Nom et Prénom du bénéficiaire :

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : DR BENNOUNA NIDAD

Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. KHAMALCHI KHALADITA

Nécessite un traitement pour infection

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) Art. 1000 0.1

462 Coagulation Crosse a l'acide
020



Une hospitalisation de (approximatif)

A (préciser l'établissement hospitalier)

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS) :

.....

Cachet, date et signature du praticien <u>20-11-19</u>	
---	--

A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

Casablanca, le 20/11/2019

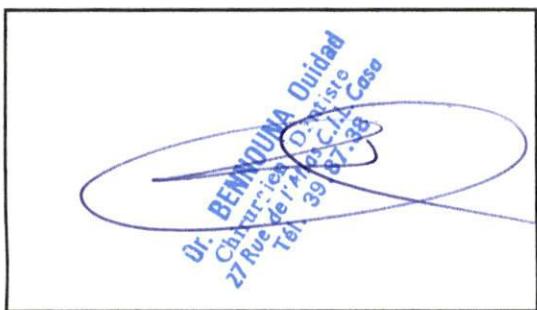
Note d'honoraire

Patient : Mme KHAMLICHI KHADIJA (2379)

Dent	Acte	Honoraire
15	COMPOSITE	400,00
46	COURONNE CERAMO CERAMIQUE "CCC"	4 000,00
	TOTAL	4 400,00

Somme arrêtée à : quatre mille quatre cents dirhams

Cabinet Docteur Ouidad Bennouna



IF : 51215340

ICE : 001680907000065

27، زنقة الأطلس - سيال - الدار البيضاء - الهاتف : 0522398738/0663797997

27, Rue de l'Atlas Hay Salam - C.I.L. - CASABLANCA - Tél. : 05 22 39 87 38/ 06 63 79 97

Casablanca, le 20/11/2019

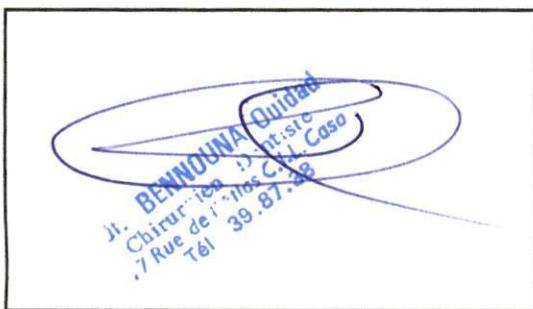
Note d'honoraire

Patient : Mme KHALILY KHADIJA (2379)

Dent	Acte	Honoraire
15	COMPOSITE	400,00
46	COURRONTE CERAMO CERAMIQUE "CCC"	4 000,00
	TOTAL	4 400,00

Somme arrêtée à : quatre mille quatre cents dirhams

Cabinet Docteur Ouidad Bennouna



IF : 51215340

ICE : 001680907000065

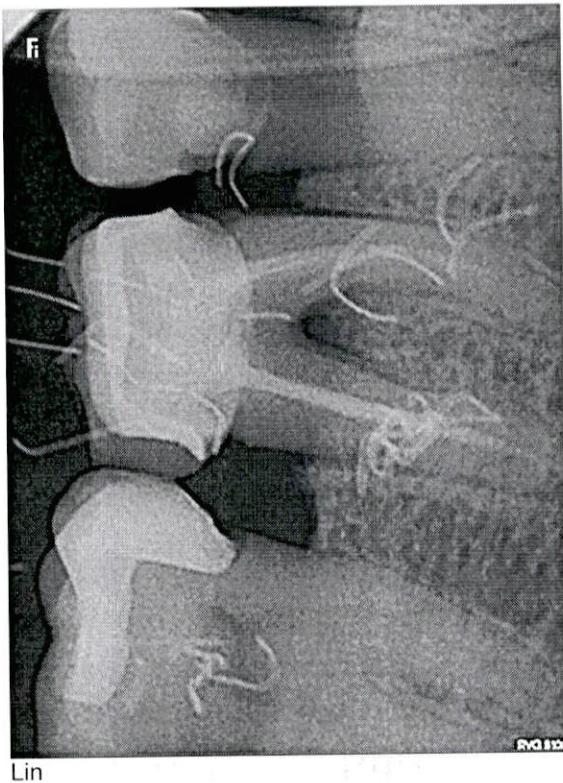
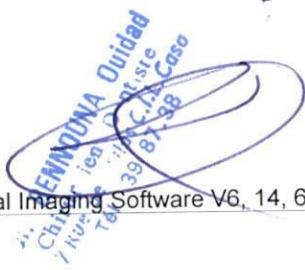
0522398738/0663797997, زنقة الأطلس - سيال - الدار البيضاء - الهاتف : 27

27, Rue de l'Atlas Hay Salam - C.I.L. - CASABLANCA - Tél. : 05 22 39 87 38/ 06 63 79 79 97

HP

KHAMLICH KHADIJA 16/10/2019 # 46

Ramus and
antrum
lower molar
differences
Dr. H6



Dental Imaging Software V6, 14, 6, 3

HP

KHAMLICH KHADIJA 20/11/2019 # 46

Deprin

Courente

Uresiniqua



Lin