

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

ologie 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.

ique :

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 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

D1R

ND. 15403

Optique

Autres

Déclaration de Maladie

Nº P19-0041797M.5279

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3279 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BEN DANNIA - Épouse - FATIMA

Date de naissance : 014-5-55

Adresse : 1 Rue AIN AGHBAL Hay SALAM CASA

Tél. : 0662553641 Total des frais engagés : 500 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 8/10/2019

Nom et prénom du malade : ANBRY fatima Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Soin 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 : SAFI

Signature de l'adhérent(e) :



06 JAN 2020

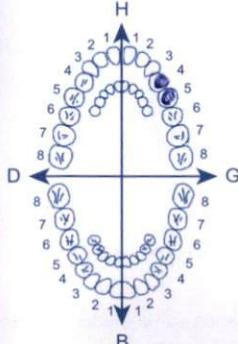
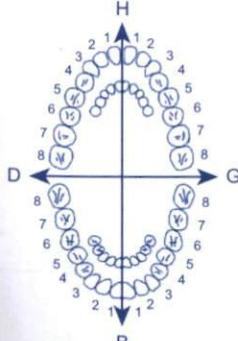
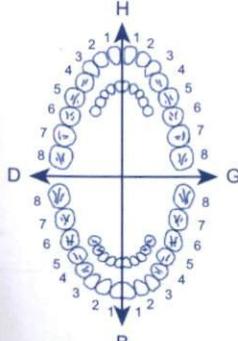
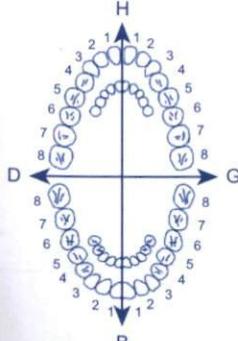
Le 14/10/2019

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.

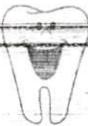
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
	<u> </u>	Consultation D5		COEFFICIENT DES TRAVAUX D 25
	<u>2 4</u>	Extraction D10		
	<u>2 5</u>	extraction D10		
				MONTANTS DES SOINS 500dh
				DEBUT D'EXECUTION 8/10/19
				FIN D'EXECUTION 14/10/19
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$ \begin{array}{c c} H & \\ \hline 25533412 & 21433552 \\ 00000000 & 00000000 \\ \hline D & G \\ 00000000 & 00000000 \\ 35533411 & 11433553 \\ \hline B & \end{array} $			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mounir Noushi
 15 Imm ZIRATEX Bou Hassouna
 Tel : 05 24 62 07 26

Dr. Mounir Nousri
Chirurgien Dentiste Orthodontie
Lauréat de l'Université Hassan II
Hôpital Universitaire Ibn Rochd Casablanca
Lauréat du centre international des sciences et
cliniques orthodontiques C.I.S.C.O
Ex- Chirurgien Dentiste des FAR
Hôpital Militaire Mohamed V Rabat



لـدكتور منير نوسرى

הנְּצָרָה וְהַמִּלְחָמָה

میریہ جنگلیں سعید

دربه العزیز العلیم لعله بقدر اینچه حاده الاستدعا

دیوان سایر شاعرین امتحانه نامنکه

قسمتی عسکری محمد العادی نظر باخت

-GER

FACTURE

Safi lev ۱۴ آوریل ۲۰۱۹

PATIENT (2) ANB Ry fatima

Soin dentaire

500 oh

شارع الحسن الثاني (قرب مكتبة بلازا) اسكندرية - تلفون: 0524620726 - الإلكتروني: Ziratex Bd. Hassan 2 (Avant la gare acima et Plaza) tél: 05 24 62 07 26 15

à la somme de 5000
Docteur Mounir Nousri
Chirurgien Dentiste
05 24 62 07 26