

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

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-423071 13/04

CA 16266

RID

Optique

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10951

Société : R19/802

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : Ghattas

AMAL

Date de naissance : 12/07/76

Adresse :

Tél. : 0661470531

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

CLINIQUE DENTAIRE DU MAROC
 Lot. Bellevue Angle Bd Al Qods
 Californie - Casablanca - Maroc
 Tél. +212 522 78 75 75 / +212 522 787 687

Date de consultation : 03/12/2019

Nom et prénom du malade : Ghattas Amal

Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Enfan

Nature de la maladie : Décalcification 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'adhérent conseil de la Mutuelle.

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

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-423071

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

RELEVÉ 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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

Violet Adherent

* Il 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>										
		<i>Dentition de DDR</i> <i>Complexe</i>		COEFFICIENT DES TRAVAUX DRY										
				MONTANTS DES SOINS 7600DA										
				DEBUT D'EXECUTION 02/12/19										
				FIN D'EXECUTION <input checked="" type="checkbox"/>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">H</td> <td style="padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412 00000000</td> <td style="padding: 5px;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">D</td> <td style="padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000 35533411</td> <td style="padding: 5px;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">B</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> <p style="color: blue; font-size: small; transform: rotate(-45deg);">Dr. Abdessamad REZKI</p>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	G													
25533412 00000000	21433552 00000000													
D	G													
00000000 35533411	00000000 11433553													
B														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>										
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										
				<i>CLINIQUE DENTAIRE DU MAROC</i>										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

~~CLINIQUE DENTAIRE DU MAROC~~
Lot 26000 - Angle Bd Al Qods
~~VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LA~~
~~FORME DE LA DISPOSITION - Maroc~~
Tél : +212 522 78 63 75 / +212 522 787 687



CLINIQUE DENTAIRE DU MAROC

Casablanca le 03/12/2019

FACTURE N° :347/ 2019
Mme / GHATTAS AMAL

Actes réalisés

Tarif

- | | |
|----------------------|------------|
| • DETARTRAGE COMPLET | = 600.00DH |
|----------------------|------------|

Arrêtée la présente facture à la somme de 600.00 DH

SIX CENT DH

Dr Abdessadeq
CLINIQUE DENTAIRE DU MAROC
Lof. Bellevue Angle Bd Al Qods
Californie - Casablanca - Maroc
Tél : +212 522 78 75 75 / +212 522 787 687

ICE: 001804538000089 IF: 14484609 CNSS: 5174991 PATENTE: 36167975

Lotissement Bellevue angle Bd al Qods, Californie. Casablanca – Maroc
Tél. : +212 522 78 75 75 / +212 522 787 687 Email : cdm@cliniquedentairedumaroc.com