

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

diologie 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.

tique :

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 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

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1727

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : Ben Brahim

ND = 16589

Optique

Autres

Société :

Autre :

ASSIYA

Date de naissance : 02-02-1954

Adresse : Bouskoura golf city

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr SE RHINI Imane
Chirurgien Dentiste Orthodontiste
28, Bd. Ourir Rabii Résid. Souad
Face au Service des Mères Hay Hassouna
Tel : 05 22 89 42 22

Date de consultation : 06/01/20

Nom et prénom du malade : Ben Brahim TAJAN 2020 Age :

Lien de parenté : Lui-même

Nature de la maladie : gingivite

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

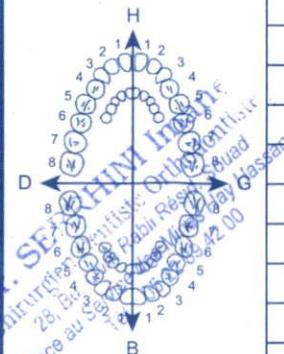
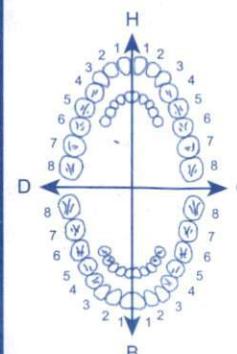


RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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																	
	<p><i>De l'orthèse D 1^{re} Sécur</i></p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX D 20																
	<p><i>De l'orthèse D 2^e Sécur</i></p>			MONTANTS DES SOINS 500,00																
				DEBUT D'EXECUTION 06/01/20																
	<p><i>DETERRMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</i></p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: right; padding: 5px;">H</td> <td style="text-align: left; padding: 5px;">25533412</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">G</td> <td style="text-align: left; padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding: 5px;">D</td> <td style="text-align: left; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">G</td> <td style="text-align: left; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding: 5px;">B</td> <td style="text-align: left; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">H</td> <td style="text-align: left; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding: 5px;">H</td> <td style="text-align: left; padding: 5px;">35533411</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">G</td> <td style="text-align: left; padding: 5px;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	G	21433552	D	00000000	G	00000000	B	00000000	H	00000000	H	35533411	G	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	H	25533412	G	21433552																
	D	00000000	G	00000000																
B	00000000	H	00000000																	
H	35533411	G	11433553																	
<p><i>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</i></p>			MONTANTS DES SOINS []																	
			DATE DU DEVIS []																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

*Dr. SERRHINI Imane
Chirurgien Dentiste Orthodontiste
28, Bd Jules Raba Résid. Hay 11935
Face au Service des Mines Hay 11935
Tel: 05 22 99 42 00*

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION