

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

nditions 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.

ptique :

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.

aladie 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.

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : S 714 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SKAZI FANOVSK

Date de naissance : 13/4/6

Adresse : Residence A L HAMAS - Farah sejour 1615

Tél. 06 44 28 24 98 Total des frais engagés : 552,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17/01/2020

Nom et prénom du malade :

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 : _____ Le : _____ / _____ / _____

Signature de l'adhérent(e) :

SKAZI FANOVSK



Déclaration de Maladie

N° P19- 0040437

ND = 17303

RID
 Optique
 Autres

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

es 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

achat du Pharmacien
ou du Fournisseur

66
Date
13/10/11

Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Achat et signature du laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

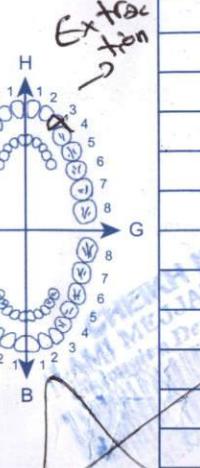
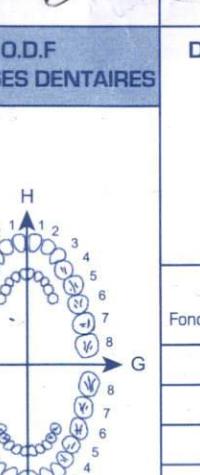
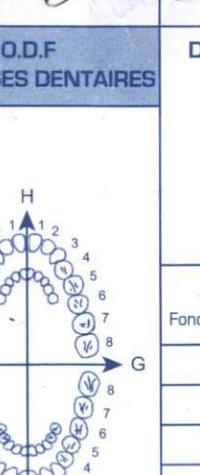
AUXILIAIRES MEDICAUX

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	
	2 3	Extracti	D ₄₀	Coefficient DES TRAVAUX D ₄₀
				MONTANTS DES SOINS 450
				DEBUT D'EXECUTION 17/01/20
				FIN D'EXECUTION 17/01/20
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$ \begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433552 \\ D & 00000000 \quad 00000000 \\ & \hline B & 00000000 \quad 00000000 \\ & 35533411 \quad 11433553 \end{array} $			Coefficient DES TRAVAUX
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dentaire

**03E5B3D8306C47DF8BC5FE77716F1338-FAROUK-SKELLI-01/01/1950

17/01/2020 13:44:48

FAROUK SKELLI

Intra non défini

17/01/2020



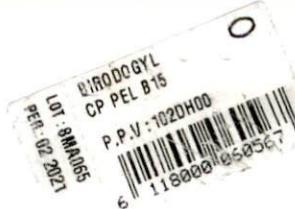
Centre Dentaire Universitaire de Montréal
Centre Dentaire Universitaire de Montréal

دليفة نرجس
PHARMACIE NARJIS
141, Bd. Yacoub El Mansour
Tél.: 0522 25 00 74/0522 99 39 86
وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

17/01/2002

نارجس
- Brinodogyl



Syp 30/15 fol 69

- Doliprane 400mg.

Syp 10 de nuit

Syp au con de

- Klin Bi

En rizage. aps' 48h



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° **8 018 / 2020** du **17/01/2020**

Nom patient : **SKALI FAROUK**

Entrée **17/01/2020**

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie **17/01/2020**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
- Avulsion d'une racine incluse	1,00		450,00	450,00
			Sous-Total	450,00
Total Frais Clinique				450,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

QUATRE CENT CINQUANTE DIRHAMS	Total	450,00

Encaissements			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			450,00		450,00	0,00


*Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Centre Dentaire
N° INP : 090061862*



17/01/20 13:38:04
9900397770
93977701
HOP CHEIKH KHALIFA G3
Casablanca

A00000000032010
APP : VISA ELECTRON
SKALI/FAROUK.MR
xxxxxxxxxxxx8295
12/20 CARTE NATIONALE
A40DE93B23353038
626-0-9999-1-44

MONTANT: 450,00 MAD
NUM TRANSACTION : 003
NUM AUTORISATION: 0D8284
STAN : 004157

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT