

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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

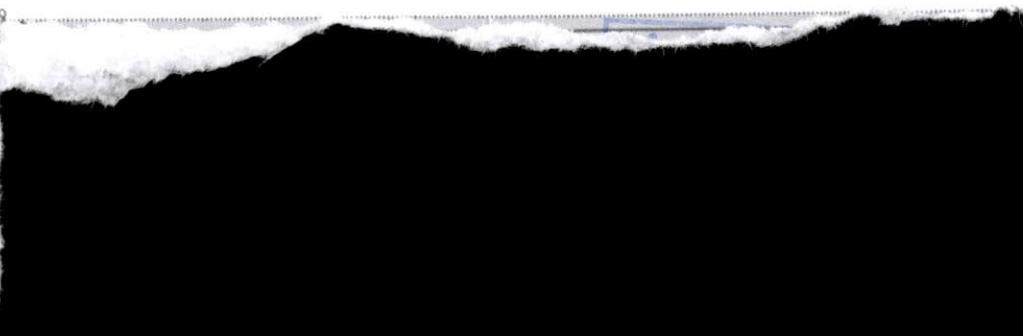
N° W19-581583

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 8367		Société : RAM 2021AO	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	MOUROU Ichal
Nom & Prénom : MOUROU Ichal			
Date de naissance : 17/02/64			
Adresse :			
Tél. : 0661338658 Total des frais engagés : Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade : SNAÏI SAADIA Age :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Soins dentaires	
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 : Casablanca, le 17 AVR 2024
Signature de l'adhérent(e) : Le : 1/BOZACHAIE



RELEVE 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		
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						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.					
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 094017043	
	<i>Détartrage D12</i>				
	<i>46 composite D12</i>				
	<i>45 composite D12</i>				
COEFFICIENT DES TRAVAUX D36					
MONTANTS DES SOINS 1600,00					
DEBUT D'EXECUTION 					
FIN D'EXECUTION 03/04/2					
ODF PROTHÉSES DENTAIRES					
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	H				
	25533412		21433552		
	00000000		00000000		
	D G				
	00000000		00000000		
	35533411		11433553		
	B				
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					
COEFFICIENT DES TRAVAUX 					
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					

CENTRE DENTAIRE SPECIALISÉ



مركز الأسنان لأخصائي

Implantologie orale - Orthodontie - Chirurgie Buccale - Prothèse Dentaire
Parodontologie - Soins Dentaires - Blanchiment Dentaire - Radiologie

Casablanca, le 03/04/2024 للدار البيضاء في

الدكتور خالد بادسي

طبيب جراح للأسنان

أخصائي في زراعة الأسنان

أخصائي في تقويم لعواميل الأسنان و الفكين
كبارا و صغارا

خريج كلية الطب بريجستون فرنسا

FACTURE

Je soussigné Dr Khalid Badsi certifie d'avoir
réalisé à Mme SNAII SAADIA

des soins dentaires au niveau des dents

suivantes Détartrage-45-46

à la somme de 1600,00 DH.

Cette facture est délivrée à l'intéressé pour
servir et valoir ce que de droit.

Khalid Badsi
Chirurgien Dentiste
Spécialiste en Orthodontie (ODF)
Orthodontie de l'enfant et de l'adulte
Lauréat de la Faculté de médecine
de Dijon France

63، شارع 2 مارس إقامة وفاء الطابن للأول للرقم 3 - للدار البيضاء
63, Boulevard 2 Mars Rés Wafae 1^{er} Etage App 3 - Casablanca
اللناق : 0522 28 29 58