

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

W21-851053

205602

Optique

Autres

Maladie Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 6638 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : ELKHALFI ELMES STAPHA

Date de naissance : 1962

Adresse : CASA

Tél. : 06 61 06 69 38 Total des frais engagés : 400,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/04/2012 Nom et prénom du malade : ELKHALFI LALLA FATIMA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Seing Dentaire

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : CASA

Le : 19/04/2012

ACCUEIL 13 MAI 2012 MUPRAS

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

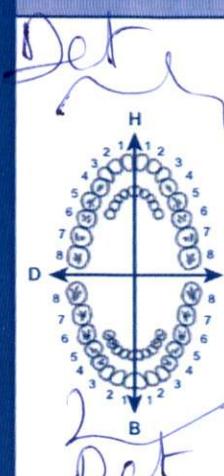
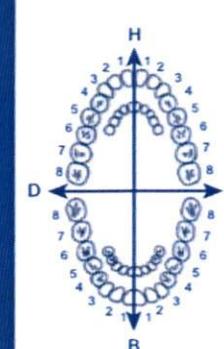
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<i>Dent Haut et Bas</i>	<i>Dent Haut et Bas</i>	<i>D 24</i>	<i>1,000 Fr</i>	<i>D 24</i>
<i>Dr EL MACKANTORISSI LAÏKA Dentiste Chirurgien Dentiste à Hay Aniguet 14-15 Rue de la République 33140 Blanquefort T 05 56 22 31 14 23</i>					
DEBUT D'EXECUTION <i>18/04/24</i>					
FIN D'EXECUTION <i>19/04/24</i>					
COEFFICIENT DES TRAVAUX _____					
MONTANTS DES SOINS _____					
DATE DU DEVIS _____					
DATE DE L'EXECUTION _____					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					
Montant des Honoraires _____					
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION					

Docteur EL MACHTANI IDRISI

Lalla Fatima

Chirurgien Dentiste

Bd. INZEGANE Rue 15, N°4

ANIGRIT - Casa

Tél.: 05 22 21 44 83

الدكتورة المشطاني الإدريسي

لالة فاطمة

طبيبة جراحة للأسنان

شارع انزكان، الزنقة 15، الرقم 4

حي الرميلة - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 21 44 83



Casablanca, le 19/04/2024.

FACTURE

Nom & Prénom de l'adhérent : *EL KHALFI EL MESTAPHA*

Nom du bénéficiaire : *EL KHALFI RAYANE*

Nature des Soins : *Soin Dentaires*

Montant des honoraires : *400,00 DH (quatre cent dirhams)*

*Dr. ELMACHTANI IDRISI
LALLA FATHIMA
Chirurgien Dentiste
4, Rue 15 Hay Angrit - Casa
Tél.: 05 22 21 44 83*