

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

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

Maladie **Dentaire** **Optique** **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1551 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : JIRANI HMIA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Ali TAHER!
MÉDECIN DENTISTE
141, Rue 171 Jamila 9 - Casablanca
Tél: 08 08 52 38 54

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/02/2024

Nom et prénom du malade : JIRANI HMIA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Dentaire

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : 1

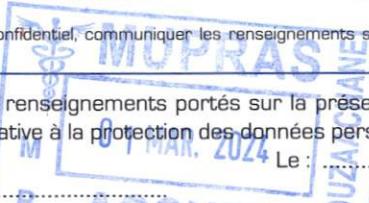
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) : JIRANI HMIA



07 MAR. 2024

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 Bharaguen ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 DR. LAHBAI Mohamed	93-02-08	T = 00.45

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 DRA. A. LAHBAIS	29/06/23		

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 HONORAIRÉS

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
	<i>Confortable</i>	<i>C5</i>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <i>C5</i>
			MONTANTS DES SOINS <i>200</i>
			DEBUT D'EXECUTION <i>20/02/98</i>
			FIN D'EXECUTION <i>20/02/98</i>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	D 00000000	G 00000000	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	35533411	11433553	DATE DU DEVIS <input type="text"/>
	B 00000000		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			
 DR. TAHERI MEDICO-DENTISTE 141, Rue 171 Jannia 5. Casablanca Tel: 08 08 52 38 54			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Dr. Ali TAHERI
VISA ET CACHE D'IMPORTATION APTESTAMENT EXECUTION
MEXICO DENTISTE
141, Rue 171 Janitzio, C. 45000 MEXICO
Tel: 08 08 52 38 54



ORDONNANCE

Casablanca le:

20/02/2024

الدار البيضاء في:

Mr Mme Mlle:

JIRAOUI HAFSA



1/1 Disponox 1g
149 2x/149 2/

T = 64.10



شارع وادي الذهب، رقم 141، زنقة 171، جميلة 5، الدار البيضاء
Bd Oued Eddahab, N°141, Rue 171, Jamila 5, Casablanca
Tél: 06 94 88 87 85 - 08 08 52 38 54 /E-mail: cd.taheri@gmail.com

