

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 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 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

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.

M22- 0006295

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]
Matricule : 5921 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : 5921 Belkhoubechia Fatima

Date de naissance :
Adresse :

Tél. : 0657512231 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : SENE HIBA Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : San dentai

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

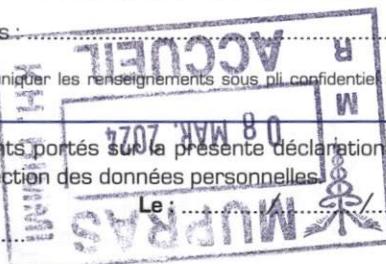
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Le :

Signature de l'adhérent(e) :



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
 Dr. Ahmed Benslimane Hay Raha, Rue Ben Slimane Bis - Beausset - Casablanca 0522 499 340 - 0522 393 224 X 0522 499 340 - 0522 393 224	14/02/24	157,-

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	
		14/02/2024		
	-	III canal du 15	D ₁₅	COEFFICIENT DES TRAVAUX D75
	-	III canal du 16 + coup	D ₃₅	MONTANTS DES SOINS 2600 d.
	-	Rx avab + Rx apus	D ₁₅	DEBUT D'EXECUTION .
	-	Ext du 36	D ₁₀	FIN D'EXECUTION 14/02/2024
			D ₇₅	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX .
	D	00000000	00000000	MONTANTS DES SOINS .
	G			DATE DU DEVIS .
	B			DATE DE L'EXECUTION .
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION			
	<i>DR. MOHIB CHAOUKI ORTHODONTISTE APPL. 07. B. de la RÉSISTANCE 07.05.00.11</i>			

CABINET D'ORTHODONTIE

Docteur Nabil Chaoui

Spécialiste en Orthopédie
Dento-Facial et Orthodontie
Lauréat de la faculté de Médecine
de Lille (France)

Orthodontie Exclusive
Enfant Adulte

PPV: 75DH50-
PER: 01/25
LOT: M137

SENÉ Heba

Casablanca, le 14.01.2024

75, 76 x 2

- Buspirone

SV

Lcp/j.

PPV: 75DH50
PER: 01/25
LOT: M137

151, 150

Dr. Nabil CHAOUI
ORTHODONTISTE
505, Bd. de la Résistance Casablanca - APPL.
Tél. : 0522 47 03 09 / 0522 39 34 - C.A.C.

PHARMACIE HIB
Dr. Ahmed GHAFRY
Hey Raha, Rue Banafsaje
51 Bis - Beauséjour - Casablanca
Tél: 0522 94 99 34 / 0522 39 34
FAX: 0522 39 34