

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

- 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.

N° W19-590149

205232

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : 7395	Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : DARAKI KARIMA		
Date de naissance : 02/05/1966		
Adresse : Villa n° 12 LOT ELIAZHAR DULFA CASABLANCA		
Tél. : 066134 53 24	Total des frais engagés : _____ Dhs	

Cadre réservé au Médecin		
		
Cachet du médecin :		
Date de consultation : 05.04.2024		
Nom et prénom du malade : HOUSSAINA		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	Enfant	
Age: 10 MAI 2024		
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 : 05/04/2024
Signature de l'adhérent(e) : 

VOLET ADHERENT		
Déclaration de maladie		
N° W19-590149		
Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.		
Coupon à conserver par l'adhérent(e).		
		
Matricole : 7395		
Nom de l'adhérent(e) : DARAKI		
Total des frais engagés :		
Date de dépôt :		

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 : [REDACTED]

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 Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

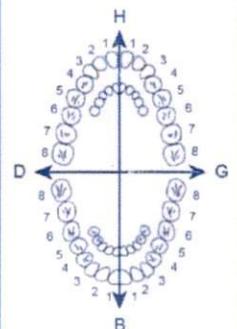
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le plan d'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
3 6 7 obtur. avec M	D 25 X 2		
4 6 2			
4 7 Prostethique D 25			
Coron. radic. + 7			
cyan film + ven			

O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
G		
B		



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

Dr. Nadira KHANTARI

- Diplômée de la faculté de médecine dentaire de Casablanca
 - Diplômée de l'université européenne MIGUEL CERVANTES
 - Diplôme d'esthétique dentaire de l'université de Genova
- Chirurgien dentiste - Orthodontiste - Implantologie
Orthodontie - Prothèse - Soin - Implant - Blanchiment
Radio technique d'alignement par gouttières invisible



الدكتورة نديرة خنترى

- خريجة كلية طب الأسنان بالدار البيضاء

- ملحقة سباقة به مستعجلات طب الأسنان بابن رشد

- خريجة الجامعة الأوروبية ميكيل سرفانتيس

جراحة وتقديم إعوجاج الأسنان

تقديم إعوجاج الأسنان - تعويض

علاج أمراض اللثة - زرع - تبييض - أشعة

Casablanca, le : 05.04.2024

الدار البيضاء، في :

Note d'honoraires

Nom du Patient	Date d'examen	
Mme MARTHOUTI YASSINE	05.04.2024	
Soins / Prothèses Réalisés	Dent	Prix
obturati aux couronnes	36.46	800.00
reconstruction coronodentale aux films d'argen	47	560.00
Total		1360 DTTS

Arrêtée la présente Note d'honoraires à la somme de 1360 DTTS
mille trois cent
dix-sept

INPE : 094175221
IF : 5601564
ICE : 000800171000096

Signature

DR. NADIRA KHANTARI
Centro Smile Design
Orthodontics - Implantologie
274 1er étage PC 8 - Haj Fateh
FIC 8 - Oulala - Casablanca
Tél : 05 22 93 86 50

ICE : 000800171000096

② 274, 1ère étage Haj fateh PC 8 à côté du Marché Haj Fateh. Casablanca
☎ : +212 5 22 93 86 50 ☎ : +212 6 03 20 40 16