

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

- Reclamation : 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 : 616 Société : R.A.M. 900056

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : SAHILI LAHOUSSI

Date de naissance : 01-06-1948

Adresse : HAY EL OUSRA 1 RUE 14 DE CASSA AV/CHOUKI

Tél. : 06 64 82 55 94 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Hicham LAHROUSSI
Orthodontiste
Hay EL Ousra Bd. Amgala N° 151
Tél.: 0522 21 21 09
CASABLANCA

Date de consultation : 19/03/2024

Nom et prénom du malade : SAHILI LAHOUSSI Age : 76 ans

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint Enfant

Nature de la maladie : SP

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : 27 MAR. 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 : 05/03/2024 Le : 19/03/2024

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

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

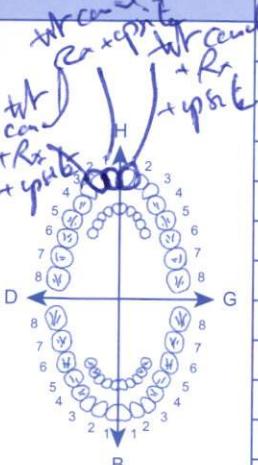
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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
	12	ttr canal	10
	12	Rx	24
	12	cpsile	12
	11	ttr canal	10
	11	Rx	24
	11	composée	12
	21	ttr canal	10
	21	Rx	24
	21	cpsile	12
Dr. Rachid LAHROUSSI Orthodontiste Hay El Ousra Bd. Amgala N° 151 Tel.: 0522 21 21 09			
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	CASABLANCAISATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	H	25533412	21433552
	D	00000000	00000000
		35533411	11433553
	B		
	G		
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
COCoeffICIENT 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			

DR LAHROUSSI HICHAM

Docteur en chirurgie dentaire

Orthodontiste, DIU orthopédie cranio-dento-maxillo
faciale de la faculté de médecine de DIJON(France)

Note d'honoraires N 65/2024

19/03/2024

Nom : SAHLI Lahoucine

Lien de

Montant : 1 800,00 DH

Soit : mille huit cents __ __

Pour :

TRAITEMENTS CANALAIRES + COMPOSITES SUR LES
DENTS N 12+11+21

TROIS RADIOGRAPHIES

Signature

Dr Hicham LAHROUSSI

Orthodontiste

Hay EL Ousra Bd. Amgala N° 151

Tel.: 0522 21 21 09

CASABLANCA

INPE:094013331/ICE:001714026000095/IF:51008715

151,bd amgala casa ain chok tel 0522212109