

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 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 une fois par an.

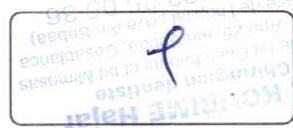
Adresses Mails utiles

- 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.

Jo.1732

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent [e]			
Matricule : 11596		Société : Royal air maroc	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Taouil KHALID			
Date de naissance : 05/07/1973			
Adresse : 27 allée des bougainvillier ESSAFA 2 Ain sebaa casablanca			
Tél. 0661 33 14 86		Total des frais engagés : Dhs	

PRAFRUS/V2/2010-02-03	Cadre réservé au Médecin		
	Cachet du médecin : 		
Date de consultation : 08/03/2014			
Nom et prénom du malade : MOUJID FAÏHA ZAHRA	Age :		
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : Cane dentaire			
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC Pathologique			
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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :



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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.													
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires									
	1 1	Composite	\$10 \$25 \$10	500 \$ 500 \$ 500 \$									
ODF PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE												
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D		B		35533411
H	G												
25533412 00000000	21433552 00000000												
D													
B													
35533411	11433553												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	COEFFICIENT DES TRAVAUX $\frac{310}{25} + \frac{500}{10}$												
	MONTANTS DES SOINS $1000,00$												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	DEBUT D'EXECUTION $08/03/24$												
	FIN D'EXECUTION $09/03/24$												
COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION													

NOM ET PRENOM : **MOUNJID FATIMA ZAHRA**

Avant :

DATE :08/03/2024

DENT :26



Dr. KOURIME Hajar
Chirurgien dentiste
30, Avenue du Général de Gaulle et Mimosa
Étage 1, App 201, Casablanca
(en face de la poste 22) 05 22 35 05 36
Tél. 05 22 35 05 36
Lager 1, Avenue 25 Mars, Casablanca
Centre dentaire Dr. Kourime Hajar
Téléphone : 05 22 35 05 36

Apres :

Date : 09/03/2024

Dent : 26



Dr. KOURIME Hajar
Chirurgien dentiste
30, Avenue du Général de Gaulle et Mimosa
Étage 1, App 201, Casablanca
(en face de la poste 22) 05 22 35 05 36
Tél. 05 22 35 05 36
Lager 1, Avenue 25 Mars, Casablanca
Centre dentaire Dr. Kourime Hajar
Téléphone : 05 22 35 05 36



مركز طب الأسنان ميموزا
CENTRE DENTAIRE MIMOSA
ORTHODONTIE - SOINS - PROTHÈSE - CHIRURGIE

Dr. KOURIME Hajar

Chirurgien Dentiste

Diplômée de la Faculté de Médecine Dentaire de Casablanca

الدكتورة كوريم حاجر

طبعة حرامة للأستان

طب الأسنان بالدار البيضاء

NOTE D'HONORAIRES

Nom et prénom du patient : MOUNTID FATIMA ZAHRA

Arrêtée la présente note à la somme de :

Fait à Casablanca Le : 09/03/2024

30, Angle bd Chefchaoui et bd Mimosas - Étage 1 - Appartement 25,
Ain Sebaâ, Casablanca (en face de l'hôpital privé Ain Sebaâ)
Tél. : 05 22 35 05 36 / E-mail : centredentaire3025@gmail.com

INPE :094195237

IF:51760542

ICE : 003024981000095