

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.

W21-841963

203787



Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 6862

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : FAIK KHALID

Date de naissance : 07-06-1965

Adresse : 12A Boul Fuelle

Tél. : 0664775651

Total des frais engagés :

500dh

Dhs





DR HADRANE Hocine

Chirurgien Dentiste

Av Cheick Saadi N Talbot 80000 Agadir

Tél : +212 5 28 82 75 69 / +212 5 28 84 88 66

Fax : +212 5 28 84 00 63

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23/02/24

Nom et prénom du malade : FAIK IAKI'S

Age : 21 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : 

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 :

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 23/02/24

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

W21-841963

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).



Matricule :

23/02/24



Nom de l'adhérent(e) :

FAIK IAKI'S

Total des frais engagés :

500dh

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	
	
	
	
	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

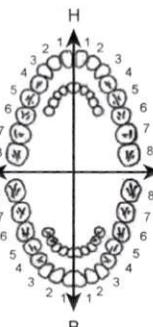
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	-	D 708	112	500,00	112
					MONTANTS DES SOINS 500,00
					DEBUT D'EXECUTION C.
					FIN D'EXECUTION 23/02/94
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	H				
	25533412	21433552			
					COEFFICIENT DES TRAVAUX

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
25533412	21433552

The diagram illustrates a dental arch with 28 numbered teeth arranged in four quadrants:

- D (Upper Left Quadrant):** Teeth 1 through 8.
- P (Upper Right Quadrant):** Teeth 9 through 16.
- M (Lower Left Quadrant):** Teeth 17 through 24.
- G (Lower Right Quadrant):** Teeth 25 through 28.

A vertical H-axis points upwards, and a horizontal B-axis points downwards. The teeth are numbered sequentially from 1 to 28, starting at the top-left corner and moving clockwise around the arch.

[Création, remont, adjonction]	Montant des Honoraire
Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Tel : +212 5 28 82 75 89 / +212 5 28 84
Fax : +212 5 28 84 00 63

Fax: 423-588-0063

DATE DE
L'EXECUTION

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE

AGADIR

Tél: +212528827569

ICE: 001899642000065

INP: 044025120

IF: 76117350

CNSS: 6022967

*Clinique Dentaire
d'Agadir*

Agadir : 23/02/2024

Note d'honoraires N°: 152F022024

DUPLICATA

Patient(e) : FAIK ines

Date	Nom de l'acte	Code	Coeff.	Dent(s)	Montant
23/02/2024	DETARTRAGE COMPLET SUS ET SOUS-GINGIVAL	D708	D 12	Toutes	500,00 DH
					TOTAL 500,00 DH

Arrêté le montant de la facture à la somme de :

Cinq cent MAD

Signature du praticien
Clinique Dentaire d'Agadir
Dr. HADRANE Houcine
Chirurgien Dentiste
Av. Cheick Saadi 14 Talborjt - 80000 Agadir
Tél : +212 5 28 82 75 69 / +212 5 28 84 88 66
Fax : +212 5 28 84 00 60

Avenue Cheick Saadi 14 - Talborjt - 80000 Agadir

Tél: +212528827569 - +212528848866

Fax: +212528840060. IF: 18789543