

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11380

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Touïba REÏDA

Date de naissance :

01/12/76

Adresse :

4, Rue Ibnou ka Raibz Res RANIATI

Tél. : 0661 13 26 53

Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

CHRAIBI DENTAL CLINIC

Dr. Mounir CHRAIBI

Clinique Dentaire Multidisciplinaire

2, Rue Sournaya Angle Bd. Abdelmoumen

Tél : 0522 83 81 09 / 0522 25 28 87

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/10/19024

Nom et prénom du malade : Touïba yasmine

Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Sein dentaire

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

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

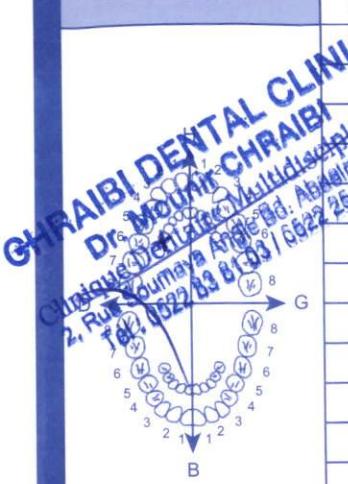
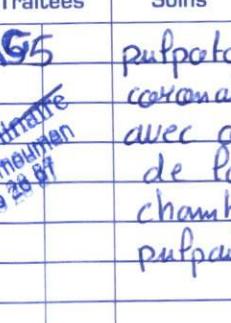
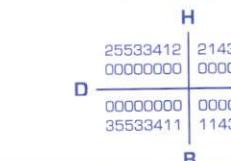
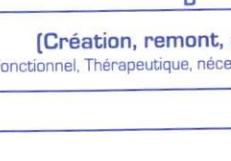
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

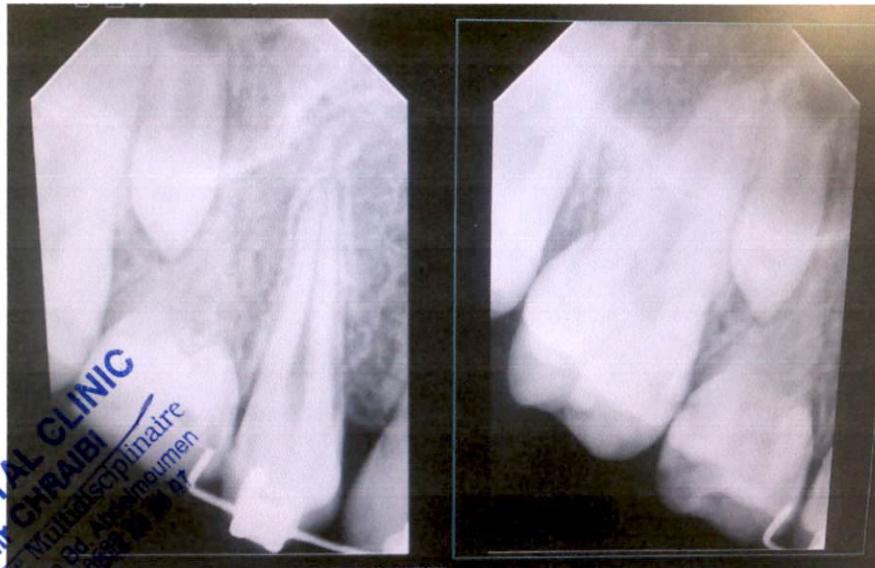
Important :

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
 <p>GHRAIBI DENTAL CLINIC Dr. Mounir CHRAIBI Clinique Dentaire Multidisciplinaire 2, Rue Soumaya Angle Bd. Abdelloumen Tél : 0922 88 81 03 / 0922 25 28 87</p>  <p>pulpotomie coronaire avec obt de la chambre pulpaire</p>			
CCEFFICIENT DES TRAVAUX D ₇			
MONTANTS DES SOINS 800 H			
DEBUT D'EXECUTION			
FIN D'EXECUTION 17/04/24			
CCEFFICIENT DES TRAVAUX			
MONTANTS DES SOINS			
DATE DU DEVIS			
DATE DE L'EXECUTION			
 <p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p>  <p>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 00000000 00000000 35533411 11433553 D G B</p>  <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			

CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

GHRAIBI DENTAL CLINIC
Dr. Mounir CHRAIBI
VISA ET CADRE DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION
Clinique Dentaire Multidisciplinaire
2, Rue Soumaya Angle Bd. Abdelloumen
Tél : 0922 88 81 03 / 0922 25 28 87



GHRAIBI DENTAL CLINIC
Dr. Mounir **CHRAIBI**
Clinique Dentaire Multidisciplinaire
2, Rue Soumaya Ang. Bd Abdelmoumen
Tel : 0522 63 61 63 / 0522 63 61 67

Mme : TOUILE YASMINE RVG DE LA 55

ICE : 0016361000061

IF : 40192673

INPE : 094178563

LE 17/04/2024

FACTURE

Je soussigné **DR CHRAIBI MOUNIR**, atteste par la présente avoir reçu le/la patient(e) : **Mme : TOUILE YASMINE**

ACTES : PULPOTOMIE CORONAIRE AVEC DE LA CHAMBRE PULPAIRE DE LA 55

COEFFICIENT : D7

Le montant total de la présente note s'élève à **HUIT CENTS DIRHAMS (800, 00 DHS)**.

CHRAIBI DENTAL CLINIC
Dr. Mounir CHRAIBI
Clinique Dentaire Multidisciplinaire
2, Rue Soumaya ang. Bd. Abdelmoumen
Tél : 0522 88 81 03 / 0522 25 28 87