

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.

N° W19-526012

MBZ 24.7.23

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

12282

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SABOURA

Douarit

Date de naissance :

26/08/1984

Adresse :

Dépendance LARIBI N° 18, B-④,

Beni YOUSSEF NOTAMMADIA

Tél. :

06003002260

Total des frais engagés : 200 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

08/04/20

Age: 35 ans

Nom et prénom du malade :

SABOURA DOUMA

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

EXTRACTION DENT

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 : / / /

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Cœfficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
.....	INP :
.....	
.....	
.....	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE DU GRAND MULHOUSE</i> Signature et Date	3	200,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	
.....
.....
.....
.....

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'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Cœfficient	INP :

	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	MONTANTS DES SOINS
	DEBUT D'EXECUTION
	FIN D'EXECUTION
	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	MONTANTS DES SOINS
	DATE DU DEVIS
	DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES

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

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

[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**



الدكتورة مرزوق كفاح

Dr MARZOUK KIFAH

طبيبة في جراحة الأسنان

Chirurgien Dentiste

Soins dentaires enfants et adultes

Soins de la gencive

Prothèse - Radio

Casa, le 03/2/2020 Saadoune Junia

115.00

1) Ac Lava 8g 85f

أكلاف

أموكسسيسلين + حامض كلافيلانيك

LOT : 5745

PER : 09-21

P.P.V : 115DH00

غ 125 مع

14 كيسا

70.00

18 2xJ



2) Teflexam 7,5 G

70,00

15.00

3) Parantol 1g CP

PARANTAL® 1g

PPV 150DH00
EXP 09/2022
LOT 95027 3

200.00

1 CP 3xJ

Dr. MARZOUK
Chirurgien
Bd OUM ERRABIE
Appt N° 2 A 4 C
Tél: 05 22 91 11 11

Bd Oum errabie groupe Fiedaous - App N°2 GH1, Imm. 4 - 1er étage

(en face pharmacie oum errabie) - Tél. : 05 22.91.11.63

E-mail : k.marzouk@yahoo.fr