

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



Déclaration de Maladie

N° M21- 040707

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 338 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 1 / 4 / 2022

Nom et prénom du malade : A. J. FADWA Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection neurologique

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21- 40707

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Matricule :

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure. Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Coupon à conserver par l'adhérent(e). Date de dépôt :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



RELEVÉ 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
			6.000,00	<i>G. N. S. S. A. N. I.</i>

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

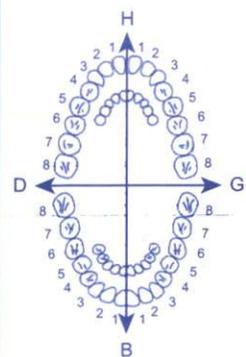
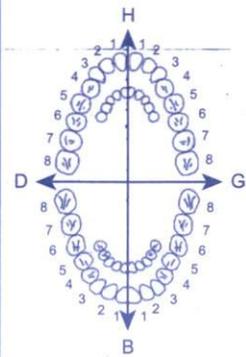
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<i>OXYDOM SARL</i>	11/05/12					18.000,00

VOLET ADHERENT

TUTOC

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

RELEVÉ 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														
			COEFFICIENT DES TRAVAUX														
			MONTANTS DES SOINS														
			DEBUT D'EXECUTION														
			FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		Coefficient														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																	
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D																	
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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															





RC : 144593
 Patente: 35890244
 IF: 1102972
 CNSS.: 7093876
 ICE : 000206172000089

SGMB Bir Anzarane Casa
 Compte N° : 02278000043002934049074

Devis N° 508016

Date de création : 17/06/2012 16:04:45
 Agent : S. El Ghazal
 Type : Client

Adresse de facturation et de livraison client:
 Nom: AFIF FATNA
 Adresse: BB JAMILA BLOC B N° 1236 HAY HASSANI
 CASA
 N° Tél: 0612003595
 Code client: 09149

Référence	Description	N° serie	Quantité	Prix unitaire TTC	Total TTC
63400	MASQUE FACIAL Airfit F20 MED SYS EU1		1,000 Unité(s)	1 800,0000	1 800,00 DH
Total HT					1 500,00 DH
Taxes					300,00 DH
Total TTC					1 800,00 DH

Arrêté à la somme de :
 Mille : 1 800 + 00/100 centime

OXYDOM sarl
 Siège Social: 20, Rue Al Ghadfa, Rés.Wafa
 Maârif - Casablanca
 Tél : 0522.86.23.07 - Fax : 0522.86.20.84
 GSM: 0663.43.86.31
 PAT : 35890244 / RC : 144593
 ICE : 000206172000089

Siège commercial CASABLANCA :
 Résidence Wafa, Maârif - Casablanca
 Tél : 0522.86.23.07 - Fax : 0522.86.20.84
 GSM : 0663.43.86.31
 Email : contact.casa@oxydom.ma

Siège commercial RABAT :
 Im. N° 18, Appt N°1, Résidence Salsaf
 Rue Aguelmane Sidi Ali, Agadal.
 Tél : 0537 774 076 / Fax : 0537 774 078
 GSM : 0663 438 631
 Email : contact.rabat@oxydom.ma

Siège commercial FES :
 Appt n°1 1ER étage, Résidence Rayan
 Av. Al Madina Monouara.
 Lot Amal 2, Narjis, CP 30070.
 Tél : 0535 618 548 / Fax : 0535 618 543
 GSM : 0663 438 631
 Email : contact.fes@oxydom.ma

Siège social :
 20, rue Al Ghadfa, Résidence Wafa
 Maârif 20100, Casablanca, Maroc.
 RC : 144593 - PAT : 35890244
 IF : 1102972 - CNSS : 7093876
 SGMB Agence S ABDELMOUMEN
 Compte N° 02278000043002934049074