

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 canaux, 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 canaux.

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.

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



Declaration de Maladie

N° W21-706292

151986

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : RAM

Matricule : 1841 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : MOULIM ZOARA

Nom & Prénom : MOULIM ZOARA

Date de naissance : 15-01-1953

Adresse : 1264 LOT EL WAFI DBROUA

Tél. : 06 61 74 62 88 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

D. HADJANE BOUZID
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste
22, Bd El Qods, RAS JET CENTER
4e Etage, Bur 21 - Casablanca
Tél: 0522 87 47 38
Email: dr.hadjanabouza@gmail.com

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/03/23

Nom et prénom du malade : MOULIM ZOARA Age : 68

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : prothèse

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) : Moulim Zoara

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-706292

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 : _____
Nom de l'adhérent(e) : _____
Total des frais engagés : _____
Date de dépôt : _____

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible][illegible][illegible]

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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

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

Important :

Veillez 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	INP : <u>MDHARIZIN</u>
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
					FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			INP :
	<p> </p> <p> 25533412 21433552 00000000 00000000 00000000 00000000 25533411 11433553 </p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <u>D680</u>	
	<p> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession </p>			MONTANTS DES SOINS <u>120000</u>	
	<p>IC : 35 : D80</p>			DATE DU DEVIS <u>06-03-23</u>	
	<p>35-36-37</p>			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
	<p>3x D800</p>				

Dr. H. H. Boudin
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste
32 Bd El Oued, Bel Air CENTER
4e Etage, Bur 21 Casablanca
Tel: 5528 81 47 38
Email: baal.hene79@gmail.com

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Hanane BOUZID

Chirurgien dentiste

Diplômée de la Faculté

de médecine dentaire Paris VI



Young Smile

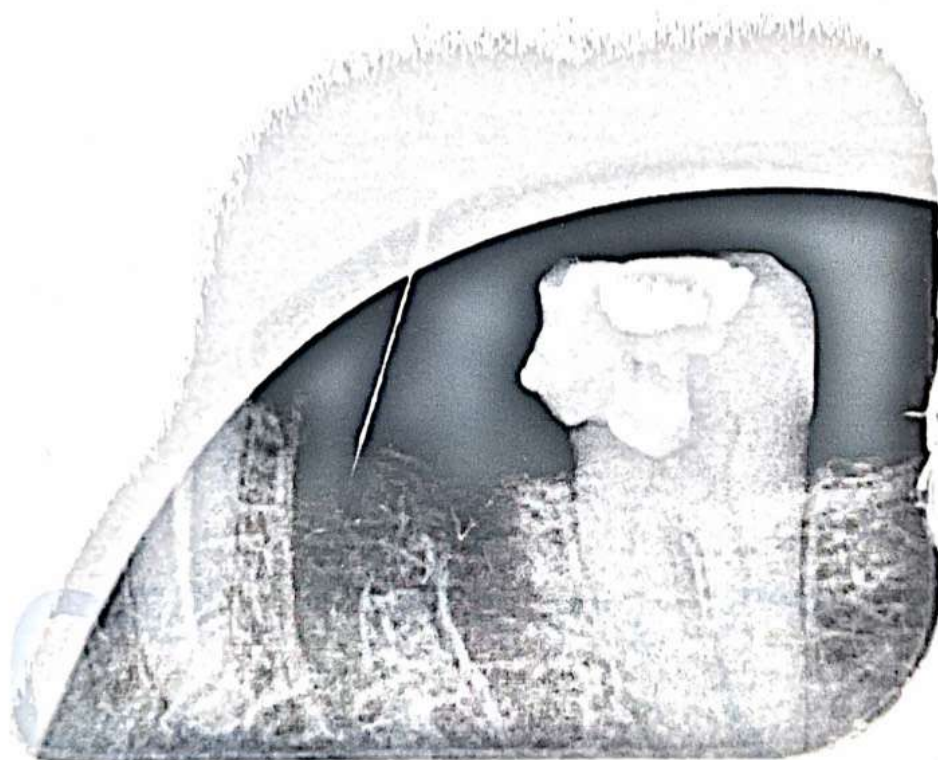
Dental Clinic

الدكتورة حنان بوزيد

طبيبة جراحة للأسنان

خريجة كلية طب الأسنان باريس VI

Mme MOULIN ZOHRA s



Dr. Hanane BOUZID

Chirurgien Dentiste

Orthodontiste

22, Bd EL Qods, Rés. JET CENTER

4^e Etage, Bx 21 - Casablanca

Tél: 0522 87 47 38

Email: baali.hana79@gmail.com