

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

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

 PROTHESES DENTAIRES U.F.

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

COEFFICIENT DES TRAVAUX

D200X(1)

1

VOLET ADHERENT

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

ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Déclaration de Maladie

M22- 0048693



Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au praticien 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'entête 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'entête préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de réeducations.
- Dentaire :
Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.
- En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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.
- 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] :

Adresses Mails utiles :

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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 Alia Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allai Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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 :

Maladie



Matricule : 6026

Actif Pensionné[e]

Nom & Prénom : **Taharci Jintu Samya**

Date de naissance : 21-09-1962

Adresse : 62 Bd Abdelsatif Ben Badour Résidence Rio A Racine Casablanca

Tél. : 06 61 25 87 16 Total des frais engagés : 14,000,00 Dhs

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 6026

Actif Pensionné[e]

Nom & Prénom : **Dr. Barakaté Samya**

Rue Bachir Laddej, Rés. Les Iris, App12, Vatteur - Casablanca Tél : 06 00 61 22 99

Optique

Cadre réservé au Médecin

Matricule : 6026

Actif Pensionné[e]

Nom & Prénom : **Dr. Barakaté Samya**

Rue Bachir Laddej, Rés. Les Iris, App12, Vatteur - Casablanca Tél : 06 00 61 22 99

Dental Studio

Cadre réservé au Médecin

Matricule : 6026

Actif Pensionné[e]

Nom & Prénom : **Dr. Barakaté Samya**

Rue Bachir Laddej, Rés. Les Iris, App12, Vatteur - Casablanca Tél : 06 00 61 22 99

Autorisatation CNDP N° : AA-215/5019

M22-0048693

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

Déclaration de maladie **M22-0048693**

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].