

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, spectacles, extractions multiples, parodontologie orthodontique, 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.

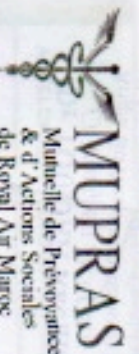
Adresses Mails utiles :

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhexion@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 Alal Ben Abdelah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Faïd et Rue Alal Ben Abdelah - Quartier de l'Indépendance Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (L5) - Fax : 05 22 22 78 38 - www.mupras.com

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



N° W21-801209

Déclaration de Maladie

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

4303

Société :

LAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

SAHAL

Nom & Prénom :

ES-SAFI SAHAL

Date de naissance :

24/10/1963

Adresse :

LOT L'OCEAN V2 DOERBOAZA

Tel : 0661180023

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. TOUTAH Rachid
Chirurgien Dentiste
Rue
Angle Bd Abdelmoumen et
d'Accroissement N°6 - Casablanca
50 89
Tél : 0522 90 98 35 / 0522 91

Date de consultation :

02/10/2023

Nom et prénom du malade :

ES-SAFI JOMAL

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Dois 5 pns fms Auditory

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 :

CASAB

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 02/10/2023

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-801209

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 :

163606

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

INP : [][][][][][]

EXECUTION DES ORDONNANCES

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

[illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX

[illegible]

VIOLET ADHERENT

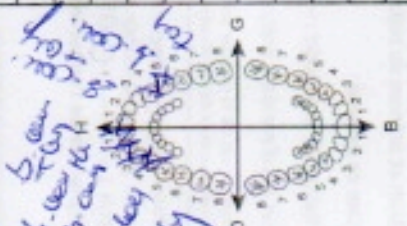
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 ou de traitements canalaires, ainsi que le bilan de l'IDOF.

SOINS DENTAIRES				Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
			1 4 6 cour + l'op	1 4 6 cour + l'op	1	
			7 3 2 cour + l'op	7 3 2 cour + l'op	1	
			1 2 6 cour + l'op	1 2 6 cour + l'op	1	
			1 7 6 cour + l'op	1 7 6 cour + l'op	1	
			2 4 6 cour + l'op	2 4 6 cour + l'op	1	
			2 5 6 cour + l'op	2 5 6 cour + l'op	1	
			4 6 cour + l'op	4 6 cour + l'op	1	
			4 8 cour + l'op	4 8 cour + l'op	1	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DÈVÈS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr TOUJAR, KACHID
Chirurgien Dentiste
Angle Bd Alexandre Lamane et Rte
de Gueblian

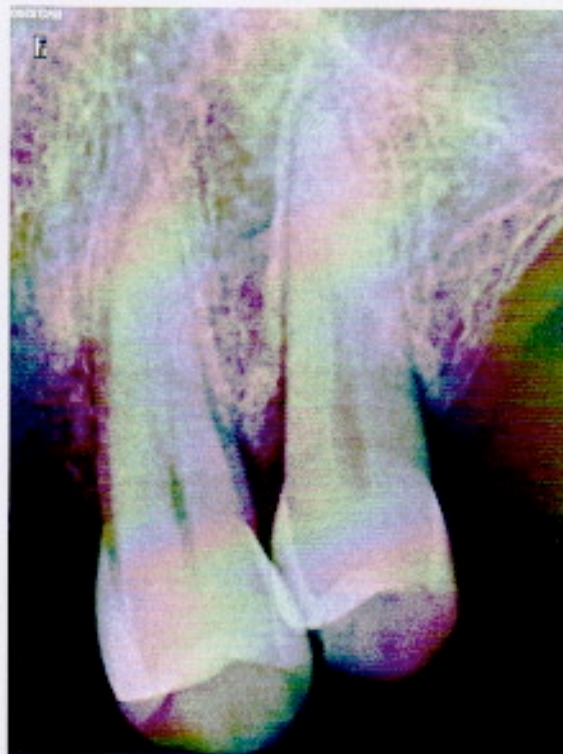
d'Azemmoun 35/0522 91 50 89
Tel : 0522 90 98 35/0522 91 50 89

Dr TOUIJAR Rachid
Chirurgien Dentiste
Angle Bd Ahl el Fane et Rte
d'Azemmour N°6 - Casablanca
Tél: 0522 90 99 35/0522 91 50 89



Lin

Dr TOUIJAR Rachid
Chirurgien Dentiste
Angle Bd Abdelhak Bouhassane et Rte
d'Azemmour 116 - Casablanca
Tél: 0522 90 98 85 / 0522 91 50 89



Lin

Dr TOUIJAR Rachid
Chirurgien Dentiste
Angle Bd Abdelhakmanet Rte
d'Azemmour - Casablanca
Tel : 0522 90 98 35 / 0522 91 50 89

