

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

- Rédaction : 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° W19-466236

165078

Maladie Dentaire Optique Autres

PEC

Cadre réservé à l'adhérent (e) Matricole : **007470** Société : **RAN**

Actif Pensionné(e) Autre

Nom & Prénom : **ASNI Abderrahmane**

Date de naissance : **06-01-1962**

Adresse : **Rue 5 Imm 19 Agf 5 Nazolo Cosa**

Tél. : **0672228333** Total des frais engagés : **3600** DHS

Cadre réservé au Médecin **Dr TOUIJAR Rachid**
Chirurgien Dentiste
Ang. Dr Al Attarine - 10000 Casablanca
d'Assurance N° 6 - Casablanca
Tel: 0522 90 98 35/0522 91 50 89

Cachet du médecin :

Date de consultation : **12/08/2013**
Nom et prénom du malade : **Krimi Jamila** Age : _____

Lien de parenté : Même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **Orthopédie dentaire**

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 : **Casablanca**

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **12/08/2013**



VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° W19-466236

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).

Matricole : **007470**
Nom de l'adhérent(e) : **ASNI**
Total des frais engagés : **3600**
Date de dépôt : _____

Jamila

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VIOLET ADHERENT

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

BELÈVE DES EBBAIS ET MONDRAIRES

For more information about the temperature in the United States, please refer to the following sources: www.noaa.gov, www.weather.gov, and www.esrl.noaa.gov.

Important:

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 94014103
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533413 00000000 00000020 35533411	G 21423532 00000000 00000000 17-12-150		
				MONTANTS DES SOINS
				3600,-
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel thérapeutique nécessaire à la prothèse			DATE DU DEVIS
Dr TOUFIK Rachid				DATE DE L'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION
Angélique Malouf				
d'Avignon				
532 90 06 35 / 05 22 91 50 89				

Dr TOUIJAR Rachid
Chirurgien Dentiste
André de Allemagne 100
d' Azemmour Casablanca
Tel: 0522 90 98 35 / 0522 91 50 89

