

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

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être clairement 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 réductions.
- 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 canalaire, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début du 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.

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° 05-08 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 Falak et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloger Casablanca 20000 - Tél.: 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

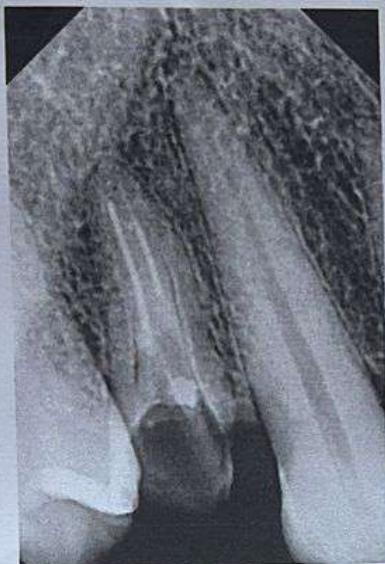
MUPRAS		Déclaration de Maladie		
		N° W21-727133		
<input type="checkbox"/> Maladie <input checked="" type="checkbox"/> Dentaire <input type="checkbox"/> Optique <input type="checkbox"/> Autres		Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : <input type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre :		Société : Nom & Prénom : Date de naissance : Adresse : Tél. : Total des frais engagés : Dhs.		
Cadre réservé au Médecin Dr Fadwa SMOUNI Chirurgien Dentiste Cachet du médecin : 484, Bld Al Riad Lot N° Webb 1 ^{er} Etage Mohammed Tél : 05 29 14 39 99 - GSM : 07 01 23 38 84 Email : portefeuilledentiste@gmail.com		Date de consultation : 23/06/2023 Nom et prénom du malade : EC Guylarach EC Melha Age: 38 Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Nature de la maladie : prothèse 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'exhaustivité 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 ADHÉRENT				
Déclaration de maladie		N° W21-727133		
Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.		Matricule : Nom de l'adhérent(e) : Total des frais engagés : Date de dépôt : Coupon à conserver par l'adhérent(e).		

171816

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.								
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INPE : 094194081				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX				
				MONTANTS DES SOINS				
				DEBUT D'EXECUTION				
				FIN D'EXECUTION				
				D.D.F. PROTHÈSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		D 280 3500 HT 21/6/13
						H 25534112 21432552 00000000 00000000 <input checked="" type="checkbox"/> 00000000 00000000 35534111 11432552 B		
				[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaires à la profession				
				IC + CCC > u/l/u				
				Fadwa SMOUNI Chirurgien Dentiste 144, Bd Al Rida Lot Al Wabda - 17 El Gouna - Tél : 05 20 34 30 66 - GSM : 07 01 20 38 64 Email : perfectdental21@gmail.com				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION								
VISA DE FADWA SMOUNI CHIRURGIEN DENTISTE 144, Bd Al Rida Lot Al Wabda - 17 El Gouna - Tél : 05 20 34 30 66 - GSM : 07 01 20 38 64 Email : perfectdental21@gmail.com								

2023-06-23

Graphique Numéro:20230619_160415 Le genre:Male
Nom:elguebbah elmehdi
Date de naissance:1985-12-21 Âge:38Y



IO 14 20230619_160626

Rx pré-opératoire

Dr Fadwa SMOUNI
Chirurgien Dentiste
464, Bd Al Riad Lot Al Wahda 1, Agdal Mohammedia
Tél : 05 29 14 39 99 - GSM : 07 01 29 96 64
Email : perfectdental21@gmail.com

2023-06-23

Graphique Numéro:20230619_160415 Le genre:Male
Nom:elguebbah elmehdi
Date de naissance:1985-12-21 Âge:38Y