

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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

- Reclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2516

Société : 147004 casa ejfa

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : HARCHACHE

EL HARCHA

Date de naissance : 07.12.1956

Adresse : Hay Haffani Bloc 102 N. 22. Mamal. C1A

Tél. : 06 78 56 77 87 Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin Dr TOUIJAR Rachid

Chirurgien Dentiste
Angle Bd Abderrahmane et Rte
d'Azemmour N°6 - Casablanca
Tél : 0522 90 98 35/0522 91 50 89

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26.01.2023

Nom et prénom du malade : HARCHACHE KHALIL Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : maladie et maladie de la dent

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

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) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie M22-0022850

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 : 2516

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RELEVE 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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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.

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux	Montants des Soins	Début d'Execution	Fin d'Execution	Coefficient des Travaux	Montants des Soins	Date du devis	Date de l'Execution
	27 extrac. Ds 26 so canal. Dr 26 Deepnl Ds 28 1. canal. Dr 28 Cœpn Ds 37 Cœpn Ds 47 Cœpn Dr Détache Dr + Ds (2 Neig) 1/2 Dr			0124	3100,00			0540	10.800,00	26/12/23	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B G	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession									
	309 26.12.28 0170 X 3	Dr TQUIJAR Rachid Chirurgien Dentiste	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS et Rte Angie du Maroc N°6 - Casablanca d' Azemmour N°6 - Casablanca Tél : 0522 90 98 35/0522 91 50 89	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION							



Dr TOUIJAR Rachid
Chirurgien Dentiste
Angle Bd Abderrahmane et Rte
d' Azemmour N° 15/0522 91 50 89
Tél : 0522 90 98 15/0522 91 50 89



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