

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

- 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° 09-08 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 Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

M22- 0022850

PEC

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2516 Société : 247001 Casablanca

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : HARCHACHE EL MAACHI

Date de naissance : 07.12.1956

Adresse : Hay Hamani Bloc 102 N. 20. HAMIL. CISA

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

Cadre réservé au Médecin Dr TOULJAR Rachid

Cachet du médecin :

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

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 : soins et traitement dentaires

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 ADHERENT

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 :

[illegible][illegible][illegible][illegible]

* 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 en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
	27	extr. J.	D ₁₀	COEFFICIENT DES TRAVAUX										
	26	canal.	D ₂		124									
	26	Accomp.	D ₁₀	MONTANTS DES SOINS										
	28	L. canul.	D ₂		3100,00									
	28	Accomp.	D ₁₀	DEBUT D'EXECUTION										
	37	Accomp.	D ₁₀											
	47	canul.	D ₁₀	FIN D'EXECUTION										
		Détachage (2 can.)	D ₁₀											
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX										
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B	
	H													
25533412 00000000	21433552 00000000													
D	G													
00000000 35533411	00000000 11433553													
B														
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS										
	3 can 26 x 28 1480 x 3				10.800,00									
				DATE DU DEVIS										
					26/01/23									
				DATE DE L'EXECUTION										
Dr TOUIJAR Rachid Chirurgien Dentiste VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS et Rte d'Azemmour 986 - Casablanca Tél : 0522 98 98 35/0522 91 50 89					VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr TOUIJAR Rachid
Chirurgien Dentiste
Angle Bd Abdelhakmane et Rte
d'Azemmour 20600 Casablanca
Tél: 0522 90 98 35/0522 91 50 89



Lin

Dr TOUIJAR Rachid
Chirurgien Dentiste
Angle Bd Abderrahmane et Rte
d' Azemmour 16 - Casablanca
Tél : 0522 90 98 85 / 0522 91 50 89



Lin