

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 :

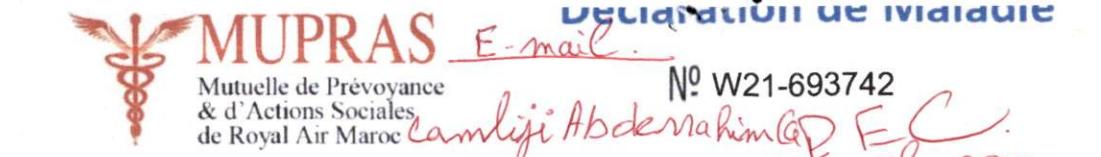
- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

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 (LGI) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



| | | | |
|--|--|----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autre |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricole : <i>1929</i> | | | |
| Société : <i>R. AM</i> | | | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | <i>153395</i> |
| Nom & Prénom : <i>LAMLIJI ABDELLAHIM</i> | | | |
| Date de naissance : <i>01-01-1962</i> | | | |
| Adresse : <i>LOT ELANDALOUS MOHAMMEDIA</i> | | | |
| Tél. : <i>0662072894</i> | | | |
| Total des frais engagés : <i>DI</i> | | | |

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

| | |
|--|--|
| Cadre réservé au Médecin | |
| Cachet du médecin : | |
|  | |
| Date de consultation : | |
| Nom et prénom du malade : <i>LAMLIJI HOUARI</i> | |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant | |
| Nature de la maladie : <i>Soins et Prothèses Dentaires</i> | |
| 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 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : *16/03/2023*

AK

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° W21-693742

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)

MUPRAS
ACCUEIL SNAF
16 MAR. 2023
Matricole :
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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | INP : <input type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|---------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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'ODD.

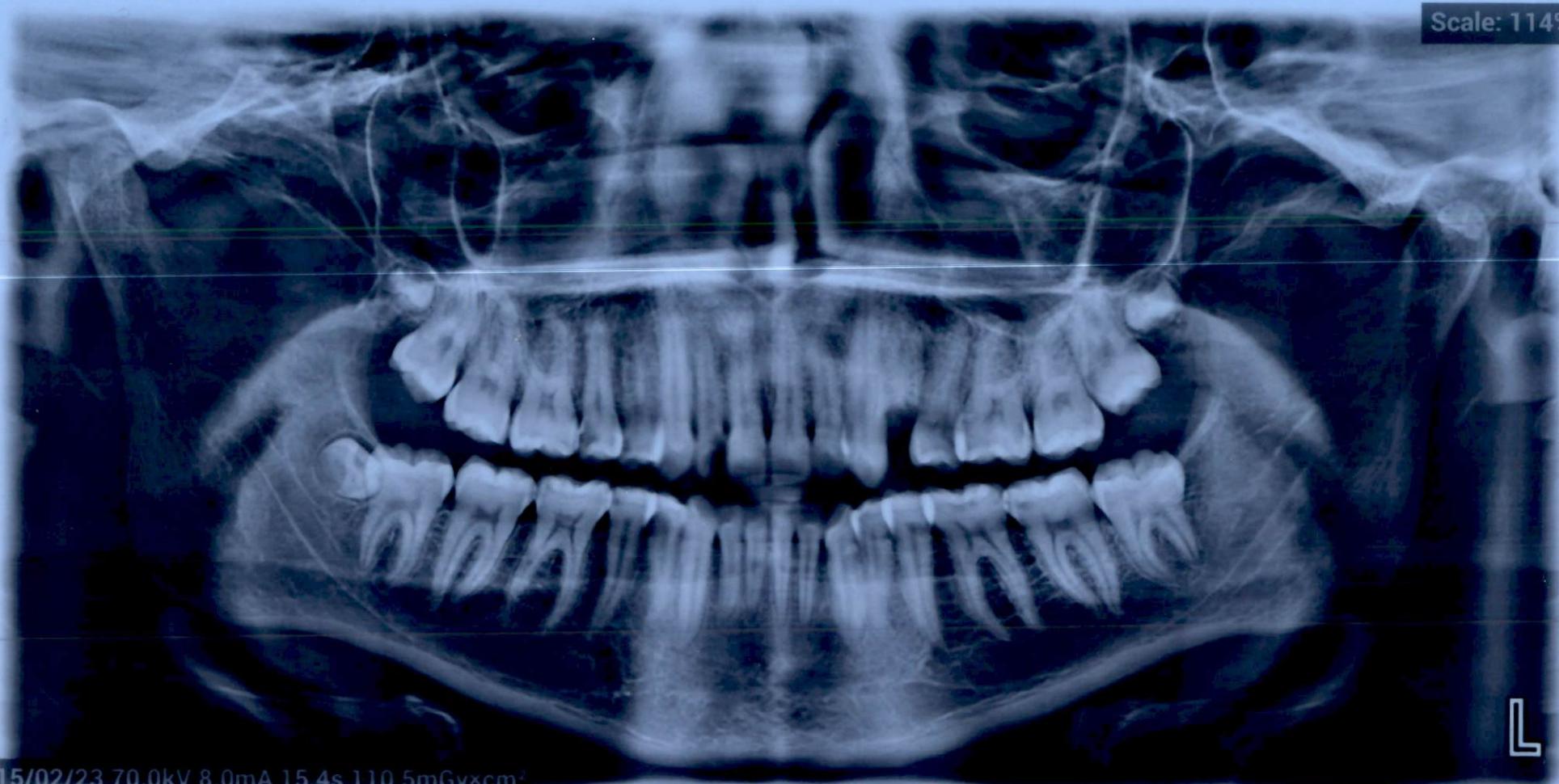
| SOINS DENTAIRES | | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-------------------------------------|--|------------------|-------------|---|--|---|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|---|--|---|--|
| 86-85-84 en 14-15-16 17-18-19 | 86-85-84 en 14-15-16 17-18-19 | 14/15 | ost. fl. C | 0.30 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 86-85-84 en 14-15-16 17-18-19 | 86-85-84 en 14-15-16 17-18-19 | 16/17 | ost. fl. C | 0.30 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 86-85-84 en 14-15-16 17-18-19 | 86-85-84 en 14-15-16 17-18-19 | 26/27 | ost. fl. C | 0.30 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 86-85-84 en 14-15-16 17-18-19 | 86-85-84 en 14-15-16 17-18-19 | 36/37 | ost. fl. C | 0.30 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 86-85-84 en 14-15-16 17-18-19 | 86-85-84 en 14-15-16 17-18-19 | 34/35 | ost. fl. C | 0.30 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 86-85-84 en 14-15-16 17-18-19 | 86-85-84 en 14-15-16 17-18-19 | 33/43 | ost. fl. C | 0.30 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 86-85-84 en 14-15-16 17-18-19 | 86-85-84 en 14-15-16 17-18-19 | 46/47 | ost. fl. C | 0.30 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 86-85-84 en 14-15-16 17-18-19 | 86-85-84 en 14-15-16 17-18-19 | 16/23 | ost. fl. C | 0.20 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 86-85-84 en 14-15-16 17-18-19 | 86-85-84 en 14-15-16 17-18-19 | 23/25 | ost. fl. C | 0.30 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 86-85-84 en 14-15-16 17-18-19 | 86-85-84 en 14-15-16 17-18-19 | 26/27 | ost. fl. C | 0.20 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 86-85-84 en 14-15-16 17-18-19 | 86-85-84 en 14-15-16 17-18-19 | 26/28 | ost. fl. C | 0.20 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 86-85-84 en 14-15-16 17-18-19 | 86-85-84 en 14-15-16 17-18-19 | 46/47 | ost. fl. C | 0.40 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Néophyto Plaque + CCA en 14-15-16-17-18-19 | | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td colspan="2">R</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | H | | G | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | R | |
| H | | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | R | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Néophyto Plaque + CCA en 14-15-16-17-18-19 | | <p>Néophyto Plaque + CCA en 14-15-16-17-18-19</p> <p>CCSA la 12 + 13 en faccia Salvo 2-3 ang 10-11</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Néophyto CCSA la 12-13-14 ang 10-11. | | <p>DATE DU DEVIS</p> <p>DATE DE L'EXECUTION</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Dr. Ilyas KRAFESS
Chirurgien Dentiste
666, Lot El Hourria II, Apt. 1
AV Resistance Mohammmedia
Email: illyaskrafess@gmail.com

LAMLIJI MOURAD
DOB 15/11/04



Scale: 114%



15/02/23 70,0kV 8,0mA 15,4s 110,5mGy \times cm²