

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 canaux, 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 canaux.

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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- 0014840

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8912 Société : R.A.M.
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 157121
 Nom & Prénom : CHRIFI DUIS
 Date de naissance : 24.09.1971
 Adresse : LOT AL MOUHIT N°41 APPT 1 DAR BOUAZBA
 Tél. : 0674730200 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr TOULJAR Rachid

Chirurgien Dentiste

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

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/03/2023
 Nom et prénom du malade : YOUNI TOULJA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Pathologie dentaire
 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 : Casa Blanca Le : 12/04/2023
 Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0014840

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 : 8912
 Nom de l'adhérent(e) : YOUNI TOULJA
 Total des frais engagés :
 Date de dépôt : 12/04/2023

RELEVÉ 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 - RADIOGRAPHIES

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.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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	
	22	Amal	1/2	COEFFICIENT DES TRAVAUX 119
	22	Amal	1/2	
	23	Amal	1/2	MONTANTS DES SOINS 9975.00
	24	Amal	1/2	
	25	Amal	1/2	DEBUT D'EXECUTION
	26	Amal	1/2	
	27	Amal	1/2	FIN D'EXECUTION
	28	Amal	1/2	
	29	Amal	1/2	
	30	Amal	1/2	
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
<div> <div> <div>25533412</div> <div>00000000</div> <div>D</div> </div> <div> <div>21433552</div> <div>00000000</div> <div>G</div> </div> </div>				COEFFICIENT DES TRAVAUX 1245
<div> <div>00000000</div> <div>35533411</div> <div>B</div> </div>				MONTANTS DES SOINS 24.900.00
<div> <div>(Création, remont, adjonction)</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div> </div>				DATE DU DEVIS 1703.23
<div> <div>24.900.00</div> <div>46.22.23.24.25</div> <div>2720</div> <div>28.11.25</div> <div>28.11.25</div> </div>				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

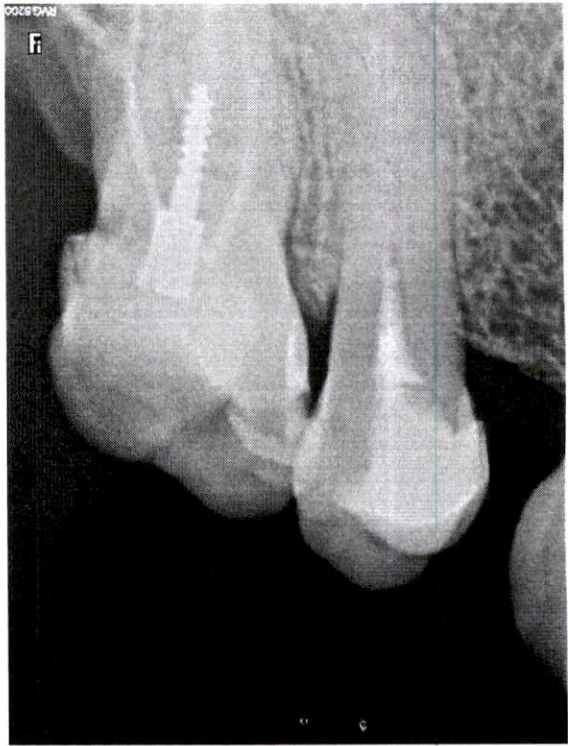
Chirurgien Dentiste

Angle Bd Armand Frémont et Rte

d'Azemmour N°6 - Casablanca

Tél : 0522 90 98 35/0522 91 50 89

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



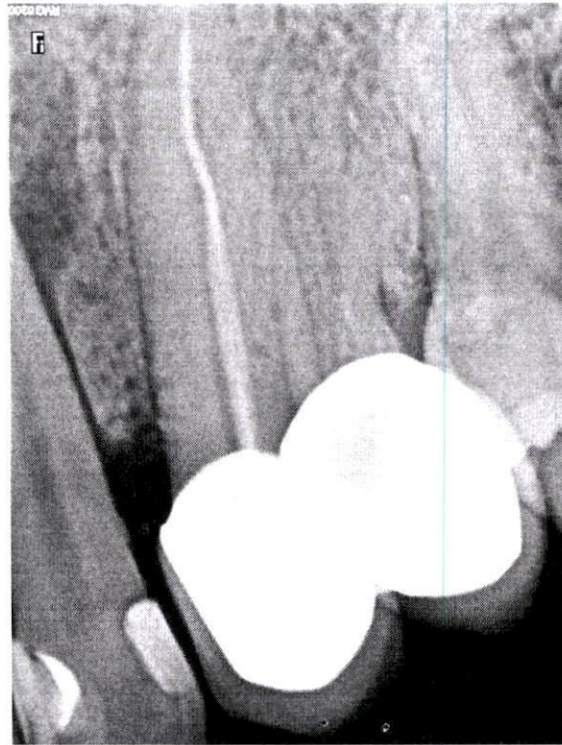
Lin

Dr TOUIJAR Rachid
Chirurgien Dentiste
Angle Bd Abdelhakmane et Rte
d'Azemmour 1406 - Casablanca
Tél : 0522 90 98 35 / 0522 91 50 89



Lin

Dr TOUIJAR Rachid
Chirurgien Dentiste
Angle Bd Abdeloupane et Rte
d'Azemmour N°6 - Casablanca
Tél : 0522 90 98 85 / 0522 91 50 89



Lin

Dr TOUIJAR Rachid
Chirurgien Dentiste
Angle Bd Abderrahmane et Rte
d'Azoua - Casablanca
Tel : 0522 90 98 35 / 0522 91 50 89



Lin