

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- 0008129

pec
Casablanca

Maladie Dentaire **161347** Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **913** Société : **R.A.H**
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : **M^{me} Najehel Idissi Fatouma**
 Date de naissance : **1949**
 Adresse : **Jamat el Beide Casa Hay Hassani**
 Tél. : **066 13347 17** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr. Farid JAENHAL**
 Spécialiste en Parodontologie-implantologie
 03, Rue Mohammed VI, Casablanca
 Tél: 0522 22 78 18 - 0522 23 00 79 - Casablanca
 0522 094912620 - Patients: 0522 15713679

Date de consultation :/...../.....
 Nom et prénom du malade : Age:.....
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : **Prothèse 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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 **M22-0008129**

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 :
 Nom de l'adhérent :
 Total des frais en :
 Date de dépôt :

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	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

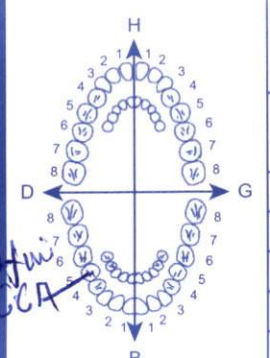
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

Q.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
D		B	
00000000	00000000		
35533411	11433553		



(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

A faire CCM en
45 D₁₈₀ = 3000 MA

COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text" value="D180"/>
MONTANTS DES SOINS	<input type="text" value="3000 MA"/>
DATE DU DEVIS	<input type="text" value="29/04/23"/>
DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>

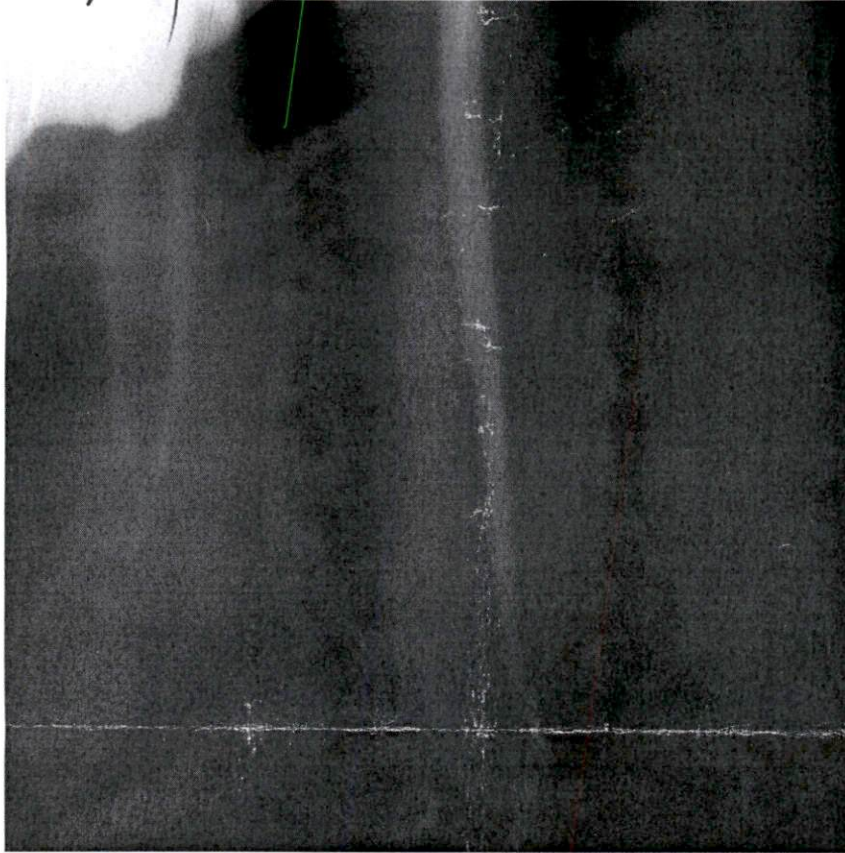
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
Dr. Farid LAKENAL
 CHIRURGIEN - DENTISTE
 Spécialiste en Parodontologie-Implantologie
 03, Rue Ibnou' Al Arif Residence Yasmina Maârif
 Tél: 0522 23 81 48 - 0522 73 57 79 - Casablanca
 INP: 094012820 - Patente: 35713679

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VOLONTIER
 * Il est e
 règlement est conditionné par la fourniture de tous
 catifs exigés par la Mutuelle.

Dr. Farid LAEHAL
CHIRURGIEN - DENTISTE
Spécialiste en Parodontologie-Implantologie
03, Rue Ibnou Al Arif Résidence Yasmina Maârif
Tél: 0522 23 81 48 - 0522 23 57 79 - Casablanca
INP: 094012820 - Patente: 35713679

Né(e) le : 07/07/1949



Date du cliché : 04/04/2023

Localisation : 45

Commentaire : A faire ccm 45 $D_{180} = 3000$ 182x

Dr. Farid LAEHAL
CHIRURGIEN - DENTISTE
Spécialiste en Parodontologie-Implantologie
03, Rue Ibnou Al Arif Résidence Yasmina Maârif
Tél: 0522 23 81 48 - 0522 23 57 79 - Casablanca
INP: 094012820 - Patente: 35713679