

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 1409 Société : R.A.M. pec

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MHAMSI MUSTAPHA

Date de naissance : 01/01/1951

Adresse : 5, RUE KADI JASS APPT. N°6

MAARIF

Tél. : 06.70.64.28.60 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin : Dr. MOUINY Saïd

Chirurgien Dentiste Orthodontiste
22, Bis Rue Oussama Ibnou Zaïd
(Ex Jura) 1er Etage Maârif - Casa
Tél. : 0522 23 20 77

Date de consultation : 21/6/2023

Nom et prénom du malade : H. Hamdi

Age :
62 ans

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :
Maladie de l'œil

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
Maladie de l'œil

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 : CASABLANCA

Le : / /
16/06/2023

Signature de l'adhérent[e] :
H. Hamdi

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19-051135

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 : 1409

Nom de l'adhérent[e] : MHAMSI

Total des frais engagés :

Date de dépôt : 16/06/2023

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
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
	dentaire	912	D 236
	3 2 Tc + 2 Pv + p	32	
	3 1 Tc + 2 Pv + p	32	
	4 1 Tc + 2 Pv + p	32	MONTANTS DES SOINS
	4 2 Tc + 2 Pv + p	32	
	4 3 Tc + 2 Pv + p	32	
	4 4 Tc + 2 Pv + p	32	DEBUT D'EXECUTION
	4 5 Tc + 2 Pv + p	32	
			5236
			FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
H	21433552
D	00000000
B	35533411 11433553
(Création, remont, adjonction)	
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	
41C 4A - 4L 31.32	
D 320	
8ccm 45.44.43.42	
41.21.32.33	
DATE DE L'EXECUTION	
2.6.23	

Dr. M. MUNNY Said
Chirurgien Dentiste
22 Bis Rue Oussama
(Ex Jura) 1er Etage Maan Cass
Tél: 0521 23 20 77

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

