

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.

- 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.

- 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.

- 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.

- 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 290000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

M22- 0011162

Maladie

Dentaire
Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2593

Actif

Pensionné(e)

Société : Déc.

Autre Nerve

Nom & Prénom : EL BAHJAOUY YOUSSEF

Date de naissance : 01/01/1962

Adresse : Res. ALMANOURIA 1 TAHB3 N°2 Bernoussi CASABLANCA

Tél. : 0674.1535.14 Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04/10/20

Nom et prénom du malade : ENNAOUD SAMIR Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : Sén. + prothèse dentar. Enfant

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 : CASABLANCA Le : 05/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0011162

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 : 2593

Nom de l'adhérent(e) : EL BAHJAOUY

Total des frais engagés :

Date de dépôt : 05/10/2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 /2019

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	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 Cœfficients	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

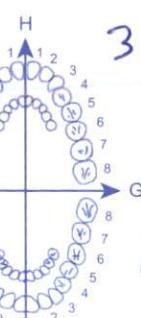
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
		$34 = TR + off$ (3 fails)	D_{30}	Coefficient DES TRAVAUX
	3 3	$TR - off$ avec Anatomie Root inclusion	D_{15}	MONTANTS DES SOINS
		distantage	D_{12x2}	DEBUT D'EXECUTION
		2 Rx. numériques	$2(6x2)$	04/10/27
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
D	G
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

H PAR

A diagram of a dental arch showing tooth positions from 1 to 8 on both sides. A bracket covers the upper teeth 1 through 5, and another bracket covers the lower teeth 1 through 5. An arrow labeled 'D' points to the left, and an arrow labeled 'G' points to the right.

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

fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

$$\textcircled{8} \quad PAP^{-1}Z^3 = D_4$$

② LCCM | 33-34

$$= D_2$$

—SIRI — 36a

BASSINI

VISA ET CAC

DOCTEUR LUC
Médecin généraliste
Bd. Nabilouche N° 11 - 3^e étage
Hauts-Cedres - BERNOUSSI - CASABLANCA
Tél: 022 73 87 87 - Casablanca

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Zoubir BASSIRI
Médecin Dentiste
Bd. Natiouss N° 113, 1er Etage
Hay Al Qods - Bernoussi
Tél : 0522 73 87 87 - Casablanca

- Rx. préopératoire / 33-34



- Rx. / 23 Ab senti

