

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.

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- 0018379

PEC
Casablanca
 Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10443 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : SAADI RACHID

Date de naissance : 08/07/1972

Adresse : HAY INARA 2 RUE 5 N°12

Tél. : 0665 30 40 18 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. DERBANI Chouaib
Chirurgien Dentiste
65, Bd DAKHLA, Jamila 3-C-D
Casablanca-Tél: 05 22 55 08 21
ICE: 00 18 23 98 00000 22

PEC

Date de consultation : 09 / 11 / 2023, Nom et prénom du malade : SAADI CHAIB Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Soin et Prothèse dentaire

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : EZOUZ AON S.I.

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 : 13/11/2023

Signature de l'adhérent(e) : SP

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0018379

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 : 10443

Nom de l'adhérent(e) : SAADI

Total des frais engagés :

Date de dépôt : 13/11/2023

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.

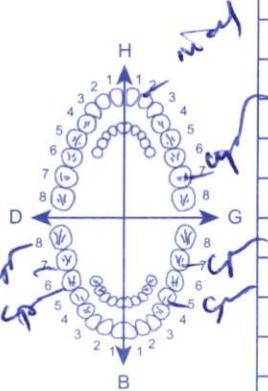
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP.: 094015278
	22 23 24 27 28 32 33 36 42 43 47 48	cpd	D 100	COEFFICIENT DES TRAVAUX P 65
				MONTANTS DES SOINS 130000
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des travaux D 360
				MONTANTS DES SOINS 70000
				DATE DU DEVIS 2020-12-22
				DATE DE L'EXECUTION
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION Dr. DERRANI Chouaib Chirurgien Dentiste 65, Bd DAKHLA, Jamila 3-C-D Casablanca Tel: 05 22 55 08 21 Tél: 00 18 23 98 0000 22



Chart No:

Nom: SAADI CHAIMAE

2023-11-

Sexe: Mâle Age:



70 [kV] 3 [mA] 0mGy*cm² Sensor 2023-11-09

RX22.

Dr. DERBANI Chouaib
Chirurgien Dentiste
65, Bd DAKHLA, Jemila 3-C-D
Casablanca-Tél: 05 22 55 08 21
05 22 55 08 21

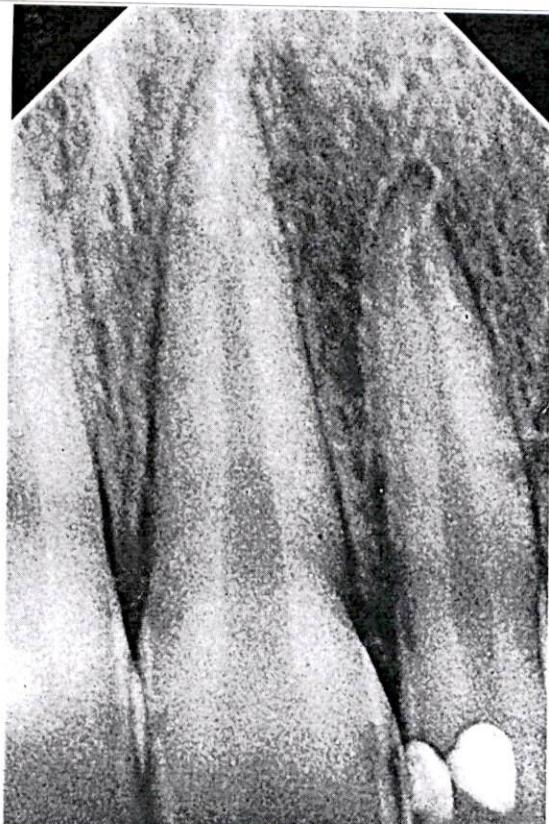


Chart No:

Nom: SAADI CHAIMAE

Sexe: Mâle Age:

2023-11-



70 [kV] 3 [mA] 0mGy*cm² Sensor 2023-11-09

RX 22.

Dr. DERBANI Chouaib
Chirurgien Dentiste
65, Bd DAKRA, Jemaa 2 C-D
Casablanca - MOROCCO 21 43 98 21
ICE: 00 70 43 98 0000 22