

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

- Reclamation : 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Déclaration de Maladie

M22- 0018380

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **10443**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **SAADI RACHID**

186982

Date de naissance : **08/07/1972**

Adresse : **HAY INARA II RUE 5 N°42**

Tél. : **0665304012**

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 - Tel: 05 27 55 08 21
ICE: 00 18 23 98 00 000 22**

PEC

Date de consultation : **27.11.2023**

Nom et prénom du malade : **SAADI RACHID** Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **Sais et Prothèses**

st MUPRAS

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

15 DEC. 2023

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 : **27.11.2023**

Signature de l'adhérent(e) : **SAADI**

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie **M22-0018380**

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 :

**pec
casier mif**

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

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

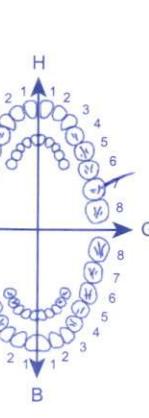
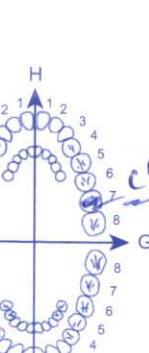
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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
		15 initial part	INP.: 094015278 CŒFFICIENT DES TRAVAUX D60.
		17 initial part	120018
			DEBUT D'EXECUTION
			FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE		
	H	25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553	CŒFFICIENT DES TRAVAUX D720.
	B		MONTANTS DES SOINS 140000
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	
		4 com: - 15 - 16 - 17 - - 21	DATE DU DEVIS 27.11.2019
			DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CADRE DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
Chirurgien Dentiste
65, Bd DAKHLA, Jemila 3-C-D
Casablanca Tel: 05 22 55 08 21
ICE: 00 18 23 98 00 00 22

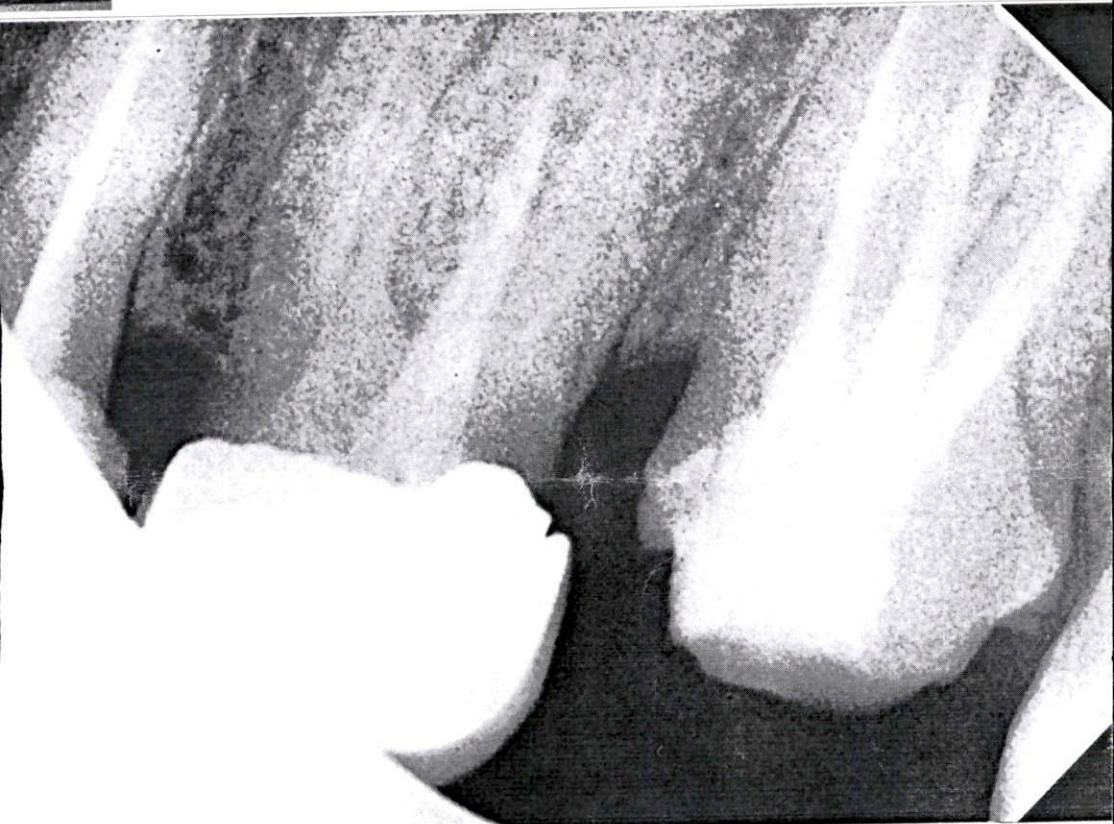
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Chart No:

Nom: Ishaadi rachid

Sexe: Mâle Age:

2023-11-2



70 [kV] 3 [mA] 0mGy*cm² Sensor 2023-11-28

RX 27

Chart No:

Nom: saadi rachid

Sexe: Mâle Age:

2023-11-2



70 [kV] 3 [mA] 0mGy*cm² Sensor 2023-11-28

RX 15 16 17