

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

- 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.

M23-0027412

804855

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2320 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : RAHHALI Abdellkader

Date de naissance : 1972 Mohen solas

Adresse : Rue 1 N° 26 Dsas LABAN Jaber

Tél. 0522813718 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Ilyas KRAFESS
Chirurgien Dentiste
608, Lot El Hourria II, App 1
Assistance Mohammedia
ilyas_krafess@mail.com

Date de consultation : 27/01/2018

Nom et prénom du malade : RAHHALI Abdellkader Age :

Lui-même Conjoint Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie : Soin et prothèse Dentaire

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

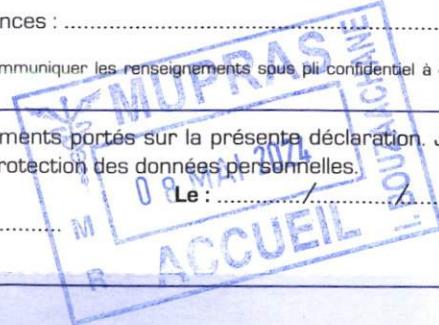
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 27/01/2018

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M23-027412

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(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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 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

ATSO

* 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
	37 41	Prm	020
	47 46	Prm	020
	44	OTCX	015
	33	OTCX	010
	43 42	OTCX	040
	31 32		
	43 42	OTCX	040
	31 32		

CCEFFICIENT DES TRAVAUX 0165

MONTANTS DES SOINS #42000 Ph4

#Dudu N'héllaxent l'37

DEBUT D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

Dr. Ilyas KRAFESS
Chirurgien Dentiste
El Housia H. Appl 1
506, Lot El Housia H. Appl 1
AV Résistance Mohammedia
Email: 35krafess@gmail.com

FIN D'EXECUTION

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
H	25533412 00000000 35533411
D	21433552 00000000 11433553
B	
G	

CCEFFICIENT DES TRAVAUX 01505

MONTANTS DES SOINS #21000 Ph4

#N'ing et un fil de fil

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Dr. Ilyas KRAFESS
Chirurgien Dentiste
El Housia H. Appl 1
506, Lot El Housia H. Appl 1
AV Résistance Mohammedia
Email: 35krafess@gmail.com

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

RAHMA ABDE KADER 25/05/52
ID 53490

Scale 99%



07.05.24 68 0kV 10.0mA 16.3s 138.7mGy x1.0

RADIOLOGIE EL ALIA