

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



Déclaration de Maladie

W21-849955

PEC

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 - 5ème Etage Anfa - Rue Mohamed El-Khatib - Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Haroun

Maladie Dentaire Optique A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06939 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : OMALEK ABDEZZAK

Date de naissance : 08/12/1961

Adresse : LOT 121 HADJ FATEHA - EL OULFA

Tél. : 0668140416 Total des frais engagés : 27.000,-

Cadre réservé au Médecin

Docteur NADIA SAADI
Chirurgien Dentiste
52, Rue Socrate 1er Etage - App. N°7
Maarif Extension - Casablanca
Tél.: 05 22 25 32 88

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/04/2024

Nom et prénom du malade : M. OMALEK ABDEZZAK Age: 63

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Soins + Prothèses Dentaires

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'att médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CA MA Le : 15/04/2024

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

W21-849955

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute
réclamation ultérieure.

Matricule : 06939

Nom de l'adhérent(e) : OMALEK ABDEZZAK

Total des frais engagés : 27.000,-

PR4FR05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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 - RADIOGRAPHIES

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	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	CEFFICIE DES TRAV/													
	32	Ext	D _p	300,00	3D, 3D, 2D R+ 28 12													
	41	Ext	D _p	300,00														
	42	Ext	D _p	300,00	MONTAN DES SOIN 3000,00													
	33	TA	D ₂₈	600,00														
	43	TA	D ₂₈	600,00	DEBU D'EXECUT 15/11/24													
	44	TA	D ₂₈	600,00														
	Détartrage (2 séances)		2D ₁₂	600,00	FIN D'EXECUT													
	<p>Docteur NADIA SAADI Chirurgien Dentiste 52, Rue Socrate 1^{er} Etage Aapt.N° 1 Marrakech - Maroc Tél.: 05 22 25 32 78</p>																	
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES		<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CEFFICIE DES TRAV/ 3D 180	
	25533412	21433552																
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		Montant des Honoraires		MONTAN DES SOIN 27000,00														
Bridge CA sur Pa 33, 32, 31, 41, 42 et 43		18000,00																
+ bridge CA sur Pa 44, 45 et 46		9000,00		DATE DI DEVIS 15/11/24														
<p>Docteur NADIA SAADI Chirurgien Dentiste 52, Rue Socrate 1^{er} Etage Aapt.N° 1 Marrakech - Maroc Tél.: 05 22 25 32 78</p>																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

RADIOLOGIE SOCRATE

OMALEK ABDERAZAK

Date de naissance: 08/10/1961

Identification du patient: AD1C2D32-2764-4213-94E6-A1D186788AD9

15/04/2024 13 03 15

[EXPOSITION TOTALE EXAMEN]

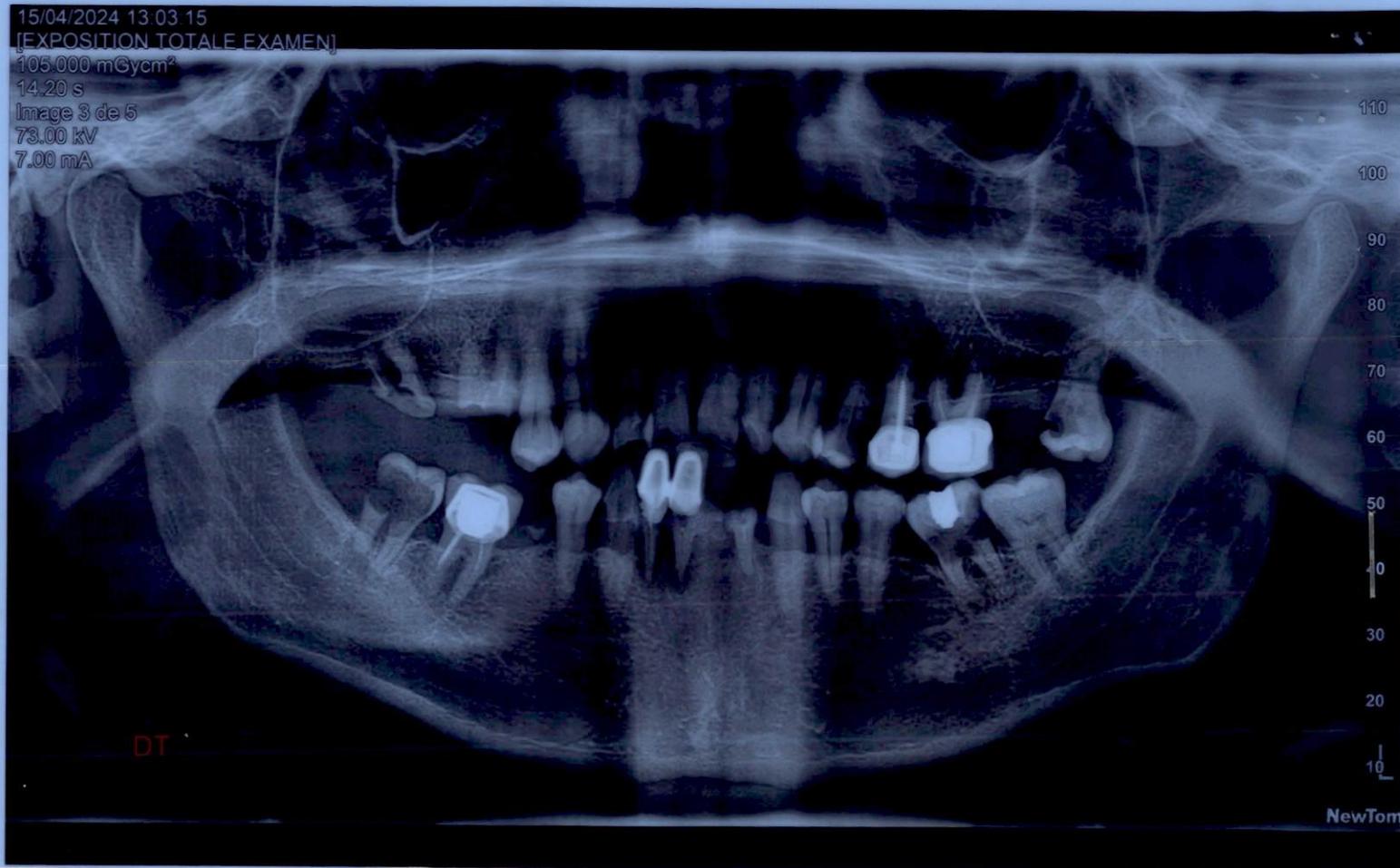
105.000 mGycm²

14.20 s

Image 3 de 5

73.00 kV

7.00 mA



DT

NewTom