

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.
- 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

- 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



20257

Déclaration de Maladie

M23- N° 0035897

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7463 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : PCC
 Nom & Prénom : EL QASMI, My EL Hassan - Kasser
 Date de naissance : 23-11-1965 - Anfe
 Adresse : Lot IBN Khaldoun RS LAYMOUN No 8
 CASABLANCA
 Tél. : 0660212015 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. IDRISSE Fatima Zahra
 Chirurgien Dentiste
 128, Bd. Malou - Oulla - Casablanca
 Tél: 0522.90.50.98

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : EL QASMI, ADAM Age:

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : Soins dentaires

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 : Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M23- N° 0035897

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 : 7463 -
 Nom de l'adhérent(e) : EL QASMI
 Total des frais engagés :
 Date de dépôt :

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	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

0032827

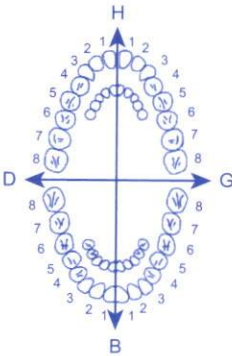
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
	1 2	Composite	10	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text" value="144"/>
	4 8	eat	40	
	3 8	eat	40	MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="6700 DA"/>
	4 7	Composite	10	
	4 4	Composite	10	DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
	4 3	Composite	10	
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
Dr IDRISSE Fatima zahra
 Chirurgien Dentiste
 128, Bd. Maloia - Oulfa - Casablanca
 Tél: 0522.90.50.98

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Idrissi Fatima Zahra

Chirurgien Dentiste



الدكتورة الإدريسي فاطمة الزهراء

طبيبة جراحة للأسنان

Casablanca, le : 16-4-2024 في : الدار البيضاء،

Demande de prise en charge

Il s'agit d'une extraction chirurgicale
de la 48 et 38 dont le coefficient
est $D_{40} \times 2$ -

de soins de la 12 -

47 - 44 - 43 dont le coefficient
est $D_{10} \times 4$ -

et un détartrage dont le coefficient
est D_{24} -

128, شارع وادي ملوية حي الألفة الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 90 50 98

128, Bd. Oued Melouia Hay El Oulfa - Casablanca - Tél. : 05 22 90 50 98

Intant = 12 extractions

$$2000 \times 2 = 4000 \text{ DA}$$

$$\text{Soins} = 500 \times 4 = 2000 \text{ DA}$$

$$\text{Détailings} = 700 \text{ DA}$$

Dr. IDRISSE Fatima zahra
Chirurgien Dentiste
128, Bd. Malouya - Oulfa - Casablanca
Tél: 0522.90.50.98