

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

- 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 Alil Ben Abdellah Sâma Elmaghâra, Avenue Mohamed Elmaghâra et Rue Alil Ben Abdellah - Quartier de l'Haroun



Déclaration de Maladie

W21-851151

PEC

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1837

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

KAGHAT Abdelhak

Date de naissance :

15/08/1942

Adresse :

Tél. : 0650 93 55 84

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

18/04/2024

Nom et prénom du malade :

KAGHAT Abdelhak

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

W21-851151

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

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

[illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

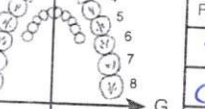
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	COEFFICIE DES TRAV.	
	44	retraitures	D ₂₈	600,00	2 D ₂₈	
	45	retraitures	D ₂₈	600,00		
						MONTAN DES SOIN
						1200,00
						DEBU D'EXECUT
						8/04/24
						FIN EXECUT
						32 78

Docteur NADIA SAADI
Chirurgien Dentiste
52, Rue Socrate 1^{er} Etage Apt. N° 1
Maarif Extension - Casablanca
Tél: 06 22 25 32 78

SAADI
Dentiste
1^{er} Etage Apt. N° 1
Casablanca
32 78

O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
		H	
		25533412	21433552
		00000000	00000000
		D	G
		00000000	00000000
		35533411	11433553
		B	



Docteur NADIA SAADI
 Chirurgien Dentiste
 1er Etage Appt. N° 1
 Rue Socrate - Casablanca
 Extension - 25 32 78

(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	Montant des Honoraires
Recreation d'un bridge	
sur P.L. 14 45 46 et 47	12000
+ 2 Fibres sur P.L. 14	3000
et 45	8000
+ Fibre 47	8000

Docteur NADIA SAADI
Chirurgien Dentiste
1^{er} Etage Appt. N° 1
32 - Rue Soerate - Casablanca
Madin Extention - Casablanca
Tél: 05 22 25 32 78

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

RADIOLOGIE SOCRATE

KAGHAT ABDELHAQ

Date de naissance: 15/08/1947

Identification du patient: 6FDA6883-7769-436C-A4B8-0FD10E29BD5F

18/04/2024 15:18:58
[EXPOSITION TOTALE EXAMEN]
111.000 mGy^{m²}
14.20 s
Image 5 de 5
75.00 kV
7.00 mA



18/04/2024 15:18:58
KAGHAT ABDELHAQ
111.000 mGy^{m²}
14.20 s
Image 5 de 5
75.00 kV
7.00 mA