

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

- 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 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

M23-0027412

804855

Maladie

Dentaire retour par ord Optique 804855 Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e) Retraité pec

Matricule : 2320

Actif Pensionné(e) Autre : RAHHALI Abdellkader

Nom & Prénom : RAHHALI Abdellkader

Date de naissance : 18/12/1972

Adresse : RUE 1 N° 26 Dsri. LABAN Scheda

Tél. 0522.13.118 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Ilyas KRAFESS Chirurgien Dentiste 608, Lot El Hourria II, Appt 1 Assistance Mohammedia ilyas_krafess@mail.com

Date de consultation : 07/01/2014

Nom et prénom du malade : RAHHALI ALLALIKADER (1972) Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Soins et 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'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 : 0522.13.118 Le : 05/01/2014

Signature de l'adhérent(e) : Voir devis

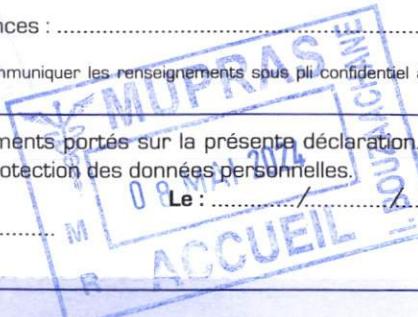
VOLET ADHÉRENT

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 :





DEVIS DETAILLE

Nom : Mr RAHHALI ABDELKADER

Je soussigné Dr ILYAS KRAFESS docteur en médecine dentaire, certifie avoir examiné ce jour le 07 / 05 / 2024 **Mr RAHHALI ABDELKADER** et son état a nécessite des soins et des prothèses dentaires :

† Extraction de la 37 ,41 ,47 ,46.

† Obturation canalaire sur la 44,33,43,42,31,32.

† Obturation résine composite sur la 43,42,31,32.

† Réalisation des inlaycores sur la 44,33.

† Réalisation d'une prothèse conjointe dentaire inférieur de type CCM (Bridge CCM sur la 44,43,42,31,32,33 remplacent 41)

† Réalisation d'un stellite inférieur avec attachement remplacent la 45,46,47,34,35,36,37.

Dr. Ilyas KRAFESS
Chirurgien Dentiste
306, Lot El Houria II, Appt 1
AV Résidence Mohammedia
E-mail : drkrafess@gmail.com

•• Soins dentaires et Parodontaux - Chirurgie - Prothèse - Blanchiment - Radio - Orthodontie ••

N° Dossier: 204655

N° Dossier externe: PEC-02320-08 05 2024

Type de dossier: DENTAIRE

Bénéficiaire: RAHHAL ABDELKADER

Situation: Non fié

Sous-situation: ---

Date de début: 08-05-2024

Date de fin:

Date de saisie: 08-05-2024

Événement:

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants [↓]

Date	Type	Commentaire
10-05-2024	Manuel	ECRITURE LISIBLE REFAIRE DEVIS BIEN LISBLE

RAHHALI ABDE KADER 05/05/52
ID 53490

Scal. 99%



07/05/24 68.0KV 10.0mA 18.8s 38.0mm

RADIOLOGIE EL ALIA