

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.

Biologie 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.

Education :

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

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



Dentaire

Déclaration de Maladie : N° P19- 0023231

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : N3223 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Riffat El Aloualid Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Hicham Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19- 0023231

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 :

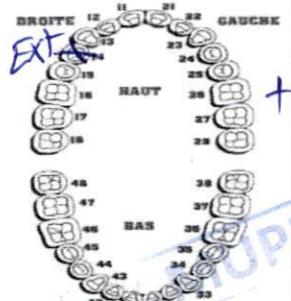
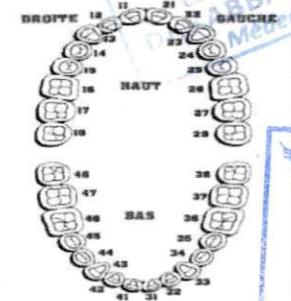
Date de dépôt :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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												
				100 Coefficient des DH4												
				100 Montant des soins #1200,00 DH												
				100 Début d'exécution -												
				100 Fin d'exécution -												
				100 Coefficient des travaux												
				100 Montant des soins												
				100 Date du devis												
				100 Fin de												
Determination du coefficient masticatoire																
<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> </tr> <tr> <td></td> <td>11433553</td> </tr> </table>					H		25533412	21433552	D	00000000		00000000		35533411		11433553
H																
25533412	21433552															
D	00000000															
	00000000															
	35533411															
	11433553															
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession																
02 JUIL 2019																
Visa et cachet du praticien attestant la devis		Visa et cachet de l'assureur														
																
Mme		Date :														



W18-392246

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 13223

Nom & Prénom

Miftah El-Alouini Hicham

Fonction : Chef d'école

Phones

Mail

MEDECIN

Prénom du patient

Adhérent

Conjoint

Enfant

Age

Date 14.06.19

Nature de la maladie

Sous dentaires

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

Extraction
+ Délostage

DH4

#1200,00 DH

PHARMACIE

Date

Montant de la facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date

Nombre

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

CACHET

CACHET



CLINIQUE DENTAIRE DU MAROC

Casablanca le 11/06/2019

**FACTURE : N° 222/2019
MR. MIFTAH EL ALAOUI HICHAM**

Actes réalisés

Tarifs

- | | |
|----------------------|------------|
| • EXTRACTION/14 | = 600.00DH |
| • DETARTRAGE COMPLET | = 600.00DH |

Arrêtée la présente facture à la somme de : 1200.00 DH

mille deux cent dirhams .



Dr. Karim BENABDAJAH
CLINIQUE DENTAIRE DU MAROC
Boulevard Bellevue Angle Bd Al Qods
Californie - Casablanca - Maroc
Tel: +212 522 78 75 75 / +212 522 787 687