

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 canaux, 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 canaux.

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



Déclaration de Maladie

N° W19-431520

Accepté

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11679 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : ELIDRISI Youssef

Date de naissance : 20/04/1976

Adresse : Rue 142 N° 157 Ain Chok - Casablanca

Tél. : 0660250374 Total des frais engagés : 600DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur Hakim BENZAKOUR
Chirurgien - Dentiste
826, Bd. El Quds Hay Mandarouna
Ain Chok - Casablanca
Tél : 05 22 50 00 81

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03.07.19

Nom et prénom du malade : ELIDRISI Mohamed Karim Age : 7

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

Nature de la maladie : Sinusite

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 N° W19-431520

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 : 11679

Nom de l'adhérent(e) : ELIDRISI

Total des frais engagés : 600DH

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
				INP : <input type="text"/>

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 Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	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 :

Veillez 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	INP : 096110988														
	8 5	Capsule	2000	<p>Docteur Hakim BENZAKOUR Chirurgien - Dentiste 826, Bd. El Quds Hay Mandarouna Ain Chok - Casablanca Tel : 05 22 50 00 81</p> <p>MONTANTS DES SOINS : 6000 DA</p> <p>DEBUT D'EXECUTION : 03.07.19</p> <p>FIN D'EXECUTION : 12.07.19</p>														
	8 4	Fulguration	2000															
	8 4	Capsule	2000															
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <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>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX :
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS :															
DATE DU DEVIS :			DATE DE L'EXECUTION :															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Docteur Hakim BENZAKOUR
Chirurgien - Dentiste
826, Bd. El Quds Hay Mandarouna
Ain Chok - Casablanca
Tel : 05 22 50 00 81

A casablanca le : 12.07.19

FACTURE

13 JUL 2019
Dr. Hakim BENZAKOUR
D27
BBA

Je soussigné Dr BENZAKOUR, certifie avoir réalisé pour : Ch. Idrissi Mohamed
Karim
les actes suivants :

- 1) Cementation 85, coefficient D₁₀, honoraires 200
- 2) P. l'apex + Cementation 85, coefficient D₇ + D₁₀, honoraires 600
- 3), coefficient, honoraires
- 4), coefficient, honoraires
- 5), coefficient, honoraires

Le total des honoraires étant de 600

Cette facture est délivrée à l'intéressé pour faire valoir ce que de droit.

Docteur Hakim BENZAKOUR
Chirurgien - Dentiste
826, Bd. El Oudj El Mandarouna
Ain Chok - Casablanca
Tél : 05 22 50 00 81



Document communiqué en vertu de la Loi n° 18 du 1962

Handwritten signature in red ink.

Docteur Hakim BENZAKOU,
 Chirurgien Dentiste,
 826, Bd. El Oussay Marabouta
 Ain Chock - Casablanca
 Tél. 05 22 50 00 81