

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



Déclaration de Maladie

N° W19-431690

RB

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	04930	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		RA RA HASSAN	
Date de naissance :		07/03/64	
Adresse :		14. Bouloula	
Tél. :		0666 199 817	Total des frais engagés : 400 Dhs

Cadre réservé au Médecin Chirurgien Dentiste	
54, Angle Bd Bouchaib Doukali et Rue Rahali El Farouki - Souk Laknai Sidi Maârouf 13 ^e Casablanca Tél. 05 22 28 08 38 / 027 21 56 11	
Cachet du médecin :	DR. OUALIDI Said
Date de consultation :	11/09/2019
Nom et prénom du malade :	RA RA HASSAN
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	50% d'arthrose
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 : 0600 AM
 Signature de l'adhérent(e) :

Le : 11/09/2019

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	N° W19-431690
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 : 04930
 Nom de l'adhérent(e) : RA RA
 Total des frais engagés : 400
 Date de dépôt :

RELEVE 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 Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHERENT

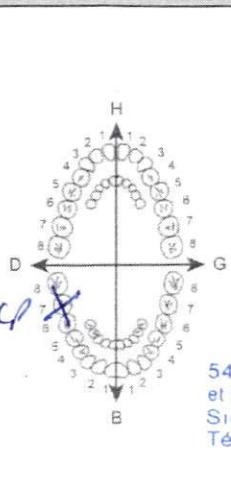
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 099216458
				COEFFICIENT DES TRAVAUX 212
				MONTANTS DES SOINS 40096
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION 110919
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a branched polystyrene molecule. It consists of a central vertical line representing the backbone. At the top is a circle labeled 'H'. At the bottom is a circle labeled 'G'. A horizontal line extends from the left side of the backbone, labeled 'D' at its end. A diagonal line extends from the right side of the backbone, labeled 'G' at its end. There are ten numbered substituents (1 through 10) attached to the backbone at various points. Substituents 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, and 8 are on the main chain, while substituents 9 and 10 are on a side branch.

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Visa de l'Ordre des Médecins et Chirurgiens Dentistes du Maroc
54, Avenue Bouchara Bouchaib
El Rue Bahloul El Faiouki - Souk Laknaa
Sidi Maarouf 3^e Casablanca
Tél: 0522 28 08 38 / 027 21 56 11

DR. OUALIDI Said
Chirurgien Dentiste
54, Angle Bd. Boucharib Doukali
et Rue Rahali El Farouki - Souk Laknaa
Sidi Maârouf "3" - Casablanca
Tél. 05.22.28.08.38 / 027.21.56.11

Le : 11/09/19

ORDONNANCE

M. Baba Hassan

Reçus :

La somme de quatre cent
dirhams (400DH) pour
les soins dentaires

DR. OUALIDI Said
Chirurgien Dentiste
54, Angle Bd. Boucharib Doukali
et Rue Rahali El Farouki - Souk Laknaa
Sidi Maârouf "3" - Casablanca
Tél. 05.22.28.08.38 / 027.21.56.11