

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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 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° W19-431680

BS

| | | | |
|---|--|-----------------------------------|---------------------------------|
| <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 : BA BA HASSAN | | | |
| Date de naissance : 07/03/66 | | | |
| Adresse : Habtuelle | | | |
| Tél. : 0666199819 | | Total des frais engagés : 300 Dhs | |

| | |
|---|--|
| Cadre réservé au Médecin | |
| DR. OUALIDI Said Chirurgien Dentiste 54, Angle Bd. Bouchaib Doukkali et Rue Rahali El Farouk - Souk Lakhdar Sidi Maârouf "3" - Casablanca Tél. 05 22 28 08 38 / 027 21 50 11 | |
| Cachet du médecin : | |
| Date de consultation : | 01/09/19 |
| Nom et prénom du malade : | BA BA HASSAN |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Soi-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : | Extraction dentaire |
| 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 : Casablanca
Signature de l'adhérent(e) :

Le : 10/09/19

| | |
|--|---------------|
| VOLET ADHÉRENT | |
| Déclaration de maladie | N° W19-431680 |
| 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) : BA BA HASSAN | |
| Total des frais engagés : 300 | |
| 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 Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : 094216458 |
|---------------------------|--|--|-------------|----------------------------|
| | 25 | ext 26 | | COEFFICIENT DES TRAVAUX 96 |
| | | | | MONTANTS DES SOINS 30094 |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION 11/91/9 |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
| | H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 | G 21433562 00000000 B 11433563 | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | [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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN MATERNAUTISTE PENDANT L'EXECUTION
DK QUAISSI Said
Chirurgien Dentiste
54, Angle Rue Bouchaib Doukali
et Rue Khalil EL Fatouki - Sidi Laknaa
Sidi Maârouf 3^e Casablanca
Tél 05.22 28 08 38 / 027 21 56 11

DR. OUALIDI Said
Chirurgien Dentiste
54. Angle Bd. Souchaïb Doukali
et Rue Rahali El Farouki - Souk Laknaa
Sidi Maârouf "3" - Casablanca
Tel : 05.22 28 08 38 / 027 21 56 11

Le : 11/09/19

ORDONNANCE

Dr. Oualidi Said

Regis

La somme de Tunis cent dinars
pour les soins dentaires

DR. OUALIDI Said
Chirurgien Dentiste

54. Angle Bd. Souchaïb Doukali
et Rue Rahali El Farouki - Souk Laknaa
Sidi Maârouf "3" - Casablanca
Tel : 05.22 28 08 38 / 027 21 56 11

Dr. OUALIDI SAID
Chirurgien Dentiste

54, Angle Bd. Bouchaïb Doukali
et Rue Rahali El Farouki
Souk Lakriaa Sidi Maârouf 3
Casablanca
Tél.: 05 22 28 08 38
GSM : 06 66 10 47 84

الدكتور سعيد الوليد
طبيب جراحي للأسنان
54 ، زاوية شارع أبو شعيب الݣكالي
زنقة الرحالي الفاروقي
سوق القرية سيدي معرف 3
المدار البيضاوي
الهاتف : 05 22 28 08 38

Casablanca, le ١٢٩١٩ في البيضاء

٢٠١٣ تحسيف فاتح

Bidontogyl

١٧

٢٠) .

Molgam 200 mg

١٧

٣٢) .

Aclav 1 g

Bétastène

Dolostop

Omiz

DR. OUALIDI Said

Chirurgien Dentiste

54, Angle Bd. Bouchaïb Doukali
et Rue Rahali El Farouki - Souk Lakriaa
Sidi Maârouf "3" - Casablanca
Tél : 05 22 28 08 38 / 027 21 56 11