

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

- Reclamation : 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angie Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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

RS

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 04930

Matricule : 04930 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BA BA HASSAN

Date de naissance : 07/03/66

Adresse : Habituelle

Tél. : 0666199819 Total des frais engagés : 300 Dhs

Cadre réservé au Médecin : DR. QUALIDI Said
Chirurgien Dentiste
54, Angle Bd Boucharb Doukhal
et Rue Rahali El Farouki Souk Laknass
Sidi Maarouf "3" - Casablanca
Tél : 05 22 28 08 38 / 027 21 56 11

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/09/19

Nom et prénom du malade : transif Radiag Age : 51

Lien de parenté : ☐ lui-même ☒ Conjoint ☐ 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 : Casa Le : 11/09/19

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHERENT

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 : 4930
Nom de l'adhérent(e) : BA BA
Total des frais engagés : 300
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

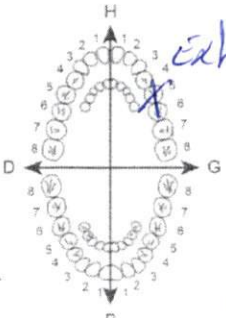
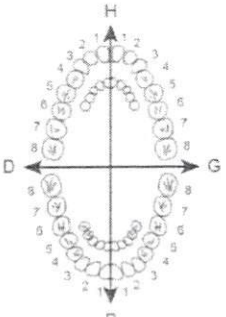
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 094216458	
	25	ext	26	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text" value="96"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="30024"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text" value="11/91/9"/>	
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B [Creation, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DR. OUALIDI Said
Chirurgien Dentiste
54, Angle Bd. Boucharb, Doukali
el Rue Rahali El Farouki - Souf Laknaa
Sidi Maarouf 3 - Casablanca
Tél 05.22.28.08.38 / 027.21.56.11

DR. OUALIDI Said
Chirurgien Dentiste
54, Angle Bd. Boucharb 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

Dr. Oualidi Said

Reçu :

La somme de Trois cent dix heures
pour les soins dentaires

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

Dr. OUALIDI SAID

Chirurgien Dentiste

54, Angle Bd. Bouchaïb Doukali

et Rue Rahall El Farouki

Souk Lakriaa Sidi Maârouf 3

Casablanca

Tél.: 05 22 28 08 38

GSM : 06 66 10 47 84

الدكتور سعيد الوليدي

طبيب جراحي للأسنان

54 ، زاوية شارع أبو شعيب الدكالي

زنقة الرحالي الفاروقي

سوق القريعة سيدي معروف 3

الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 28 08 38

Casablanca, le 11/09/19... البيضاء في

الطبيب سعيد الوليدي

→ Bidontogyl

1 p

2x j.

→ Molgam 200 mg

1 p

3x j.

Aclav 1 g

Bétastène

Dolostop

Omiz

Dr. OUALIDI Said

Chirurgien Dentiste

54, Angle Bd. Bouchaïb Doukali

et Rue Rahall El Farouki - Souk Lakriaa

Sidi Maârouf "3" - Casablanca

Tél. 05 22 28 08 38 / 027 21 56 11