

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

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.

Maladie chronique :

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



Déclaration de Maladie

N° P19-0038204

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8952 Société : Dair

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HASSANI Hassan

Date de naissance : 18/02/1964

Adresse : 47 7/CS/1 Rue 14 N° 9 Hay Hassan.

Tél. : 0660792667 Total des frais engagés : 2500 DH. Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : 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) : ACCUEIL

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des
				Montant des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
				Coefficient des travaux
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire H 25533412 21433552 D 00000000 00000000 00000000 00000000 35533411 11433553 G		Montant des soins 	Date du devis
	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession - ccm. sur 26 BRL		Fin de 	

VOILET ADHERENT NOM : Mle

DECLARATION N° W16-059056

Date de Dépôt Montant engagé Nbre de pièces Jointes

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois
 Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle



W16-059056

DATE DE DEPOT
/...../201.....

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 8952	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom		HASSAM HASSAN	
Fonction		Phon. 0666792667	
Mail		hassam.hassan@gmail.com	
MEDECIN		Prénom du patient HASSAM HASSAN	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>		Age	
Nature de la maladie		Date 09.07.19	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		Date 1ère visite	
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
PHARMACIE		Date	
Montant de la facture		Signature et cachet du Pharmacien	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date 11 JUL 2019	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

MUPRAS
ACCUEIL

Dr. Najji ACHEHBOUNE

**CHIRURGIEN DENTISTE
STOMATOLOGISTE**

Diplômé de l'Académie de Médecine
de SOFIA

188, Bd Oued Sbou Groupe (D)
El Oulfa - Casablanca - Tél.: 05 22 91 17 32

الدكتور ناجي أشهبون

**طبيب جراح للأسنان
خريج أكاديمية الطب
بصوفيا**

188، شارع وادي سبو مجموعة (د)
الألفة - الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 91 17 32

Casablanca, le 17-09-19

Mme Adherent : HASSANI Yassou
(bénéficiaire)

N. S. : prothèse (cro).

8500 dh (deux mille cinq cent dh)

BPR
D120
gll

24 SEP 2019
Dr. Najji ACHEHBOUNE
Chirurgien Dentiste - Stomatologiste
188, Bd Oued Sbou Groupe (D)
El Oulfa - Casablanca
Tel : 05 22 91 17 32