

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.

UPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alhl 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° W19-431694

AB

<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 : BATRA HASSAN			
Date de naissance : 07/13/64			
Adresse : Habitat el b			
Tél. : 0666199817	Total des frais engagés : 300 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	05/28/2019		
Nom et prénom du malade :	Treasif - Padine		
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 : 08/10/2017

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W19-431694
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) : RAM
Total des frais engagés : 300	Date de dépôt : 01/8/19

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
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

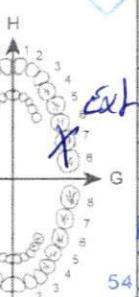
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 promesses ou de traitement cardiaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
<i>Dr. Oualidi Said</i>	<i>27 Ext</i>	<i>D₆</i>	<i>D₆</i>
			
DR. OUALIDI Said Chirurgien Dentiste 54 Angle Bd Bouchair Doukali et Rue Rabah El Farouki - Souk Laknaa Sidi Maârouf "3" - Casablanca Té : 05.22.28.08.38 / 027.21.56.11			
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
			INP : <i>11111111</i>
			COEFFICIENT DES TRAVAUX
			<i>D₆</i>
			MONTANTS DES SOINS
			<i>3009H</i>
			DEBUT D'EXECUTION
			FIN D'EXECUTION
			<i>5/18/19</i>

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

The diagram illustrates the mandibular arch with numbered teeth (1 through 8) on both the upper and lower arches. A horizontal arrow points from D (left) to G (right), and a vertical arrow points downwards from B (bottom). The teeth are arranged in a curve, with numbers indicating specific points of interest along the arch.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DR. QUALIDI S.

~~Chirurgien Dentist~~

~~54, Amala Rd, Bouchairi, Doukali~~

El Rue Hanafi El Farouki - Sook Laknaa

~~S. Maalouf 23 - 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 Laknaa
Sidi Maârouf "3" - Casablanca
Tél : 05.22 26 08 38 / 027 21 56 11

Le : 25/08/19

ORDONNANCE

M. Mousif Badis

Recr. :

La somme de trois cent dirhams
(300DH) pour les soins dentaires

BPN 36 2000

20 SEP. 2019

DR. OUALIDI Said
Chirurgien Dentiste
54, Angle Bd. Bouchaïb Doukali
et Rue Rahali El Farouki - Souk Laknaa
Sidi Maârouf "3" - Casablanca
Tél : 05.22 26 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 الوالي
طبيب جراحي للأسنان
54 ، زاوية شارع أبو شعيب الهمالي
زنقة الرحالي الفاروقى
سوق القرىعة سيدى معرف 3
المدار البيضاء
الهاتف : 05 22 28 08 38

Casablanca, le ٢٥/١٢/٨١ البليطاء في

م. ناصر رادن

Bidontogyl

→ Molgam 200 mg

م.م
Aclav 1 g

٣٠ ج.

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