

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

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **12575** Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **Rouza qui Othmane**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **06.61.71.86.64** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

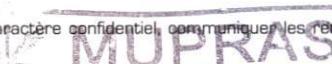
Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

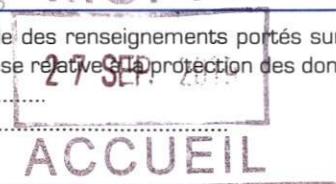
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-035289

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

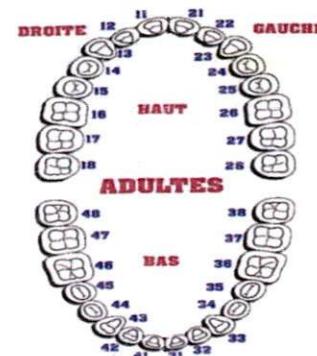
Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

| Dents Traitées | Nature des soins | Coefficient |
|----------------|------------------|-------------|
|----------------|------------------|-------------|

Coefficient des travaux**Montant des soins****Début d'exécution****Fin d'exécution****Coefficient des travaux****Montant des soins****Date du devis****Fin de l'exécution****O.D.F. Prothèses dentaires**

Détermination du coefficient masticatoire

| H | G |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

(Création, Remont, adjonction)
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

CCC 235 et
DRAS
10.000 DH
11 SEP 2019

Dr. M. Kamal ZEBRAOUI
Nouveau Quartier d'affaires
5, Lot. la Colline 2 Imm. le Metro
2ème Etage Tél: 05 22 78 00 66

DEVIS

Dr. M. Kamal ZEBRAOUI
Nouveau Quartier d'affaires
5, Lot. la Colline 2 Imm. le Metro
2ème Etage Tél: 05 22 78 00 66

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle : 12575

Nom & Prénom ROUZAQUI OTHMANE

Fonction : OPL Phones... 0661718664

eMail ... othman.rouzaqui@gmail.com

MEDECIN

Prénom du patient AÏCH HILLINE

Adhérent Conjoint Enfant Age ... Date : 12.10.17 Date 1ère visite

Nature de la maladie

Foul Poul Moul

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

| Nature des actes | Nbre de Coefficient | Montant détaillé des honoraires |
|------------------|---------------------|---------------------------------|
| | | |

PHARMACIE

Date ...

Montant de la facture

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

Date :

| Désignation des Coefficients | Montant détaillé des Honoraires |
|------------------------------|---------------------------------|
| | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

| Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|--------|----|----|----|---------------------------------|
| AM | PC | IM | IV | |
| | | | | |

cabinet dentaire la colline

Dr Med kamal Zehraoui
Chirurgien dentiste

Casablanca, le 21/02/2015

Etat de la dentition

ccc

86

5000

ccc

85

5000

2 Radics

Fr 10.000

914

Annexion la presse sur la soc.

2.000 mill

Dr. M. Kamal ZEHRAOUI
Nouveau quartier d'affaires
5 lot la colline 2. imm. le matignon
2ème Etage Metro California
Tél : 05 22 78 60 36

Nouveau quartier d'affaires. 5 lot la colline 2. imm. le matignon, 2ème étage
Tél. : 0522 78 60 36 - GSM : 0661 67 68 52 - E-mail : cdcolline@gmail.com
ICE : 001746684000059 - INP : 094010279

CD LA COIIINE DR KAMAL ZEHRAOUI Salle A
AFIFI IHSANE 04/08/2017 Bilan FMS



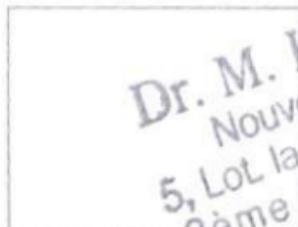
✓

17 Oct 2017

R

CD LA COUINE DR KAMAL ZEHRAOUI Salle A

AFIFI IHSANE 26/09/2019 Bilan FMS



Dr. M. Kamal ZEHRAOUI
Nouveau Quartier d'Affaires
5, Lot la Colline 2 Imm. le Malignon
2ème Etage Métro Californie
Tél : 05 22 78 80 38

R

Dental Imaging Software V6, 14, 0, 4