

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.

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° W19-433653

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

12427

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BOUZADI MOHAMMED AMINE

Date de naissance :

09/07/1982

Adresse :

CASA 354 Bd DRSS HARTI SKATA

Tél. :

0661052143 Total des frais engagés : 626,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

07/08/19

Nom et prénom du malade :

BOUZADI MOHAMMED AMINE

Lien de parenté :

Lui-même

Nature de la maladie :

gouss dentaire

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

ACCUEIL

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
Pharmacie SABAHEEL KHEIR Sabah KHACHAB <i>Pharmaciene</i> 20, Lot. Sabine, Rte Sidi Maârouf Casablanca - Tel 05 22 97 42 33	6/8/19	126.30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 : 096171667
	17	Exo D ₁₀		COEFFICIENT DES TRAVAUX D ₁₀
				MONTANTS DES SOINS 500,00 N.F.
				DEBUT D'EXECUTION 06/08/19
				FIN D'EXECUTION 06/08/19
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000	21433552 00000000	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	G	00000000 35533411	00000000 11433553	MONTANTS DES SOINS
	B			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				
DE GENELLOUN Sanaa Chirugien Dentiste Sidi Maârouf Casablanca Tél: 0522321773				



Facture

Casablanca le 06/08/2019

Mme ELIBRAHIMI BTI SSM

1H : Exo

D₁₀ → 500,00 DHs

Total : 500,00 DHs

03 OCT 2019

Dr BENJELLOUN Sanaa
Chirurgien Dentiste
Sidi Maârouf Rte 1029165 N°2
Casablanca - Tel 0522321773



ORDONNANCE

A , Le 06/08/2019

Dr BENJELLOUN Sanaâ
Sidi Maârouf - Casablanca - Tel 0529165 N°2
0523321773

M. ELIBRAHEMI BJISSA

NC 30
11/August-15



Ex/J p + 7J

Pharmacie SABAH EL KHEIR
Sabah KHACHAB
Pharmacienne
Lot. Sabrine, Rte Sidi Maârouf
Casablanca - Tel 06 22 97 22 22

Dr BENJELLOUN Sanaâ
Chirurgien Dentiste
Sidi Maârouf - Casablanca - Tel 0529165 N°2
0523321773