

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.

Diologie 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.

Education :

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.

Prothèse :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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.

Le radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

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

| | |
|---|-----------------------|
| E-mail information | : contact@mupras.com |
| E-mail en charge | : pec@mupras.com |
| E-mail 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 personnelles.

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

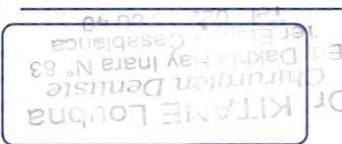
Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

| | | | |
|--------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| Matricule : | 3081 | Société : | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : | | RAOUZ AHMED | |
| Date de naissance : | | 1952 | |
| Adresse : | | | |
| Tél. 066247016 | | Total des frais engagés : _____ Dhs | |

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27/9/2019

Nom et prénom du malade : PCARIB Mecidat Age:

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté : _____

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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) :

Le 27/09/2019



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|-----------------|-----------------------|
|  Signature : <i>[Signature]</i> Nom : <i>[Signature]</i> Prénom : <i>[Signature]</i> Adresse : <i>[Signature]</i> Code postal : <i>[Signature]</i> Ville : <i>[Signature]</i> Téléphone : <i>[Signature]</i> Email : <i>[Signature]</i> | 27/09/19 INP | 261,50 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | 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'ORL.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient |
|---------------------------|---|----------------------|--|
| | 23 | exhu | 18 |
| | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX D 18 |
| | | | MONTANTS DES SOINS 200 |
| | | | DEBUT D'EXECUTION 27/3 |
| | | | FIN D'EXECUTION |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | |
| | H | G | Coefficient des travaux |
| | 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | |
| | D | B | MONTANTS DES SOINS |
| | 00000000 35533411 | 00000000 11433553 | DATE DU DEVIS |
| | | | DATE DE L'EXECUTION |
| | | | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS |
| | | | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT |

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Numéro de la Facture | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| Ref : 27109119 Armine BEA Date : 27/10/2019 Email : bearmine@outlook.com | 27/10/19 | 261,50 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Nom et signature du Chirurgien et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|--|-------------|---|-----------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Chet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-----------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Dr. KITANE LOUBNA
Chirurgien Dentiste
Diplômée de la Faculté
de Médecine Dentaire
de Casablanca

الدكتورة كتان لبني
طبيبة جراحية الاسنان
دبلوم كلية طب الأسنان
بالدار البيضاء

Casablanca, le

27/3/2029

M. Karib Radika

PPV: 103,60 DH
LOT: 611219
PER: 10/20

① A mailing

29/3/15

103,60

LOT 170488
EXP 05/2020
PPV 99.00DH

(2) gates along

99,00

14

(3)

Bucco-My no

1890

1893

22150

Bd. Dakhla, Hay Inara n°83
1 er étage - Casablanca
Tél : 05 22 50 60 40

Dr. K. N. L. Corina
Chirurgien Dentiste
Ed. Dakria Ray Inara N° 83
Tel. 052 42 00 40

Corina
dentiste
ara N° 63
ableauca
ce 40
Pharmacie
Mohamed
Open 24/7
233 01 01 01 30mai.com

شارع الداخلة، حي الإنارة رقم 83 ،
الطباق الأول . الدار البيضاء
الهاتف: 0522 50 66 40