

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



Déclaration de Maladie

N° P19-0035239

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.

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.

Educational :

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 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.

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7722 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : WARDINE FATHIA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0668 47469 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../..... 27 SEP 2019

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) :

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

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-035239

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).

27 SEP 2019

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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																				
	46	canal	D10	D20																				
	47	canal	D10	400																				
				Début d'exécution																				
				Fin d'exécution																				
O.D.F. Prothèses dentaires				Coefficient des travaux																				
	Détermination du coefficient masticatoire			Montant des soins																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553				
	H		G																					
	25533412	21433552																						
00000000	00000000																							
00000000	00000000																							
35533411	11433553																							
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis																					
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de																					

Visa et cachet du praticien attestant le devis

Dr. YAKOUBI SOUSSANE
EL ABED
Chirurgien Dentiste
Tel: 05.22.93.50.55



W16-070102

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 7722
Nom & Prénom WARDINE FATIHA		
Fonction :	Phones 0668427488	
Mail		
MEDECIN		
Prénom du patient WARDINE FATIHA		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>
Age 57		Date 23-7-19
Nature de la maladie		Date 1ère visite
Soins Dentaires		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances 27 SEP. 2019		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
canal	D20	400
PHARMACIE		
Date 23.07.2019		
Montant de la facture		
961,10		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		
Date :		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
CACHET		
AUXILIAIRES MEDICAUX		
Date :		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV
CACHET		

Dr. YAKOUBI SOUSSANE
EL ABED
Chirurgien Dentiste
Tel: 05.22.93.50.55

Dr. YAKOUBI SOUSSANE
EL ABED
Chirurgien Dentiste
Tel: 05.22.93.50.55

W16-070102

DATE DE DÉPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT

Mle

2722

Nom & Prénom

WALDINE FATIHA

Fonction :

Phones

0668427488

Mail

MEDECIN

Prénom du patient

WALDINE FATIHA

Adhérent ☐

Conjoint ☐

Enfant ☐

Age

57

Date

23-7-19

Nature de la maladie

Date 1ère visite

Société Dantone

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

27 SEP. 2019

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

2019

120

450

PHARMACIE

Date

23.07.2019

Montant de la facture

961,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date :

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

AM

PC

IM

IV

Dr. Yakoubi SOUSSANE
EL ABED
Chirurgien-Dentiste
Tel: 05.22.93.50.55

Dr. Youssef EL ABED
Coté de
Casablanca
Tel: 34808192

CACHET

CACHET

Casablanca, Le : 2019-7-23

Nom Du Patient : Wardine Fatiha

Facture

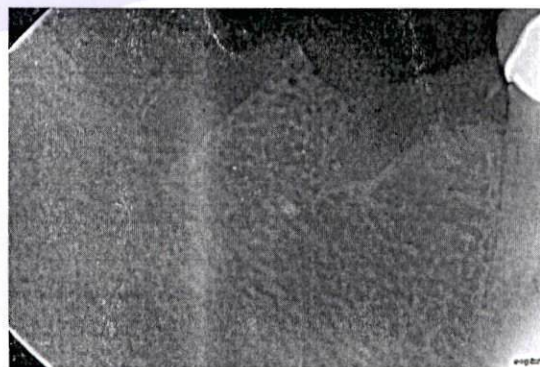
Dent N°	Traitement à effectuer	Coefficient	Honoraires
46	extraction	D10	200
47	extraction	D10	200
Total			

Le montant de soins s'élève à 400 dhs.

Radiographie



46-47



BPa
D15
03 OCT. 2019

Dr. Yakoubi SOUSSANE
EL AGUJ
Chirurgien Dentiste
Tel: 05.22.93.50.55

Casablanca, Le : 2019-7-23

Nom Du Patient : Wardine fatiha

Ordonnance

55,00

Amoxil 1 g cp

1 cp 2 fois par jour pendant 6 jours

22,20

Codoliprane cp 1 boîte

1 cp toutes les 6h jusqu'à disparition de la douleur

18,90

Buccothymol Bain de bouche 1Flacon

Effectuer 3 rinçages par jour pendant 30 secondes (matin, midi et soir) avec 15 ml de produit dilué dans un demi-verre d'eau

24 h après extraction

96,10

Dr. Yakoubi SOUSSANE
EL ABED
Chirurgien Dentiste
Tel: 05.22.93.50.55