

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
 0 Prise en charge : pec@mupras.com
 0 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 7966 Société :			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre :			
Nom & Prénom : SouAL Fatima			
Date de naissance : 13-6-7-85			
Adresse :			
Tél. : 0613-5484 Total des frais engagés : 500 Dhs Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : / /			
Nom et prénom du malade : Age:			
<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : MUPRAS			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 01 OCT. 2019			
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) : *Accueil siège/Ram*

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie N° W19-457654	
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), Date de dépôt : Accueil siège/Ram	
Matricole : 01 OCT. 2019 Nom de l'adhérent(e) : Total des frais engagés :	

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 : [REDACTED]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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

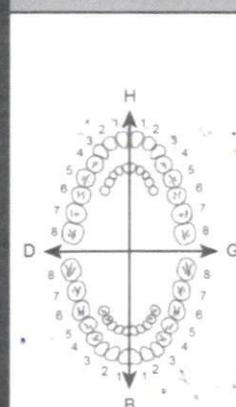
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 09N181021
[REDACTED]	22 Traitement canalaire	Ds	Dis	COEFFICIENT DES TRAVAUX
[REDACTED]	Prost			MONTANTS DES SOINS
[REDACTED]				# 500DH
[REDACTED]				DEBUT D'EXECUTION
[REDACTED]				30/09/19
[REDACTED]				FIN D'EXECUTION
[REDACTED]				30/09/19
[REDACTED]				COEFFICIENT DES TRAVAUX
[REDACTED]				MONTANTS DES SOINS
[REDACTED]				DATE DU DEVIS
[REDACTED]				DATE DE L'EXECUTION

ODF PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr BENDENNECK CHIRURGIE
Hôpital Châtellerault
Médecin Dentiste
INPE 094181021

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° **119 742 / 2019** du **30/09/2019**

Nom patient : **SOUAL FATIMA**

Entrée **30/09/2019**

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie **30/09/2019**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Traitement endocanalaire monoradiculé	1,00		500,00 Sous-Total	500,00 500,00
Total Frais Clinique				500,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CINQ CENTS DIRHAMS

Total **500,00**

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	500,00	500,00	0,00

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Centre Dentaire
N° INP : 090061862



30/09/19 18:56:50
9900397770
93977701
HOP CHEIKH KHALIFA G3
Casablanca

A0000000032010
APP : VISA ELECTRON
SOUAL/FATIMA.MME
xxxxxxxxxxxxx0448
06/20 CARTE NATIONALE
0EA1DCE1BBC994B1
626-0-999-1-44

MONTANT: 500,00 MAD
NUM TRANSACTION : 012
NUM AUTORISATION: OH6305
STAN : 002533

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT

Dentaire

**3A6D5D3BC74145D39A6C7576A5ED39CD fatima soual 01/01/1998
30/09/2019 19:57:58

Intra non défini
30/09/2019



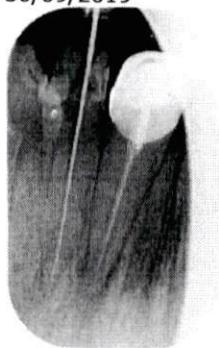
Dr BENDENNOUNE C.
Hôpital Cheick Khalifa
Médecin Dentiste
INPE 09415

Dentaire

**3A6D5D3BC74145D39A6C7576A5ED39CD fatima soual 01/01/1998

30/09/2019 19:58:17

Intra non défini
30/09/2019



Dr BENDENNOUNE Chama
Hôpital Cheick Khalifa Ibn Zayd
Médecin Dentiste
INPE 094181923