

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 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.
- La 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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 Aljal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aljal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-469128

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 11451 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Soussi Leila

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

 MUPRAS

08 OCT. 2019

ACCUEIL

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-469128

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).

 MUPRAS

08 OCT. 2019

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

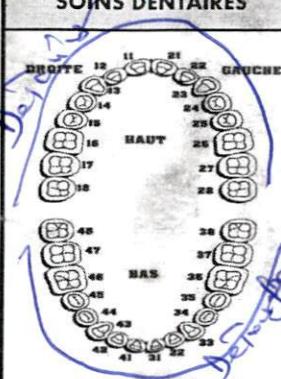
SOINS ET PROTHÈSES DENTAIRES

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES



Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient
11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 31, 32	D Détruire	D 24

O.D.F.
Prothèses dentaires

Détermination du coefficient masticatoire			
H	25533412	21433552	
D	00000000	00000000	G
	00000000	00000000	
	35533411	11433553	
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			

Visa et cachet du praticien attestant le devis

Dr. Ilyam EL KHADDARI
Visa et Médecin Dentiste
Méd. V N° 137 Route Bou Skoura
Benzechid - Tel : 05 22 02 44 33

VOLET ADHERENT

NOM : _____

Mme

DECLARATION N°

W18-386014

Date de Dépôt

Montant engagé

Nbre de pièces Jointes

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois

Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle

A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mme 11/15

Nom & Prénom Soufia Letta

Fonction agent commercial Phones.....

Mail

MEDECIN Prénom du patient

Adhérent Conjoint Enfant Age 1314

Nature de la maladie

Date 06/10/18

Date 1ère visite

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

Nature des actes Nbre de Coefficient Montant détaillé des honoraires

Detruege 11+24	D 24	400 dh
-------------------	---------	--------

PHARMACIE Date

Montant de la facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date :

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

AUXILIAIRES MEDICAUX Date :

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

88 OCT. 2018

ACCUEIL

DOCTEUR ILHAM EL KHADDARI

Chirurgien Dentiste

Bd. Mohamed V N°137

Route Boussekoura

Berrechid -Tél.: 05 22 32 44 33



الدكتورة الهام الخضاري

طبيبة جراحة الأسنان

شارع محمد الخامس

الرقم 137 طريق بوسكورة

برشيد - الهاتف: 05 22 32 44 33

Dr. Ilham EL KHADDARI
Chirurgien Dentiste
Berrechid, le 08/10/2011
Bd. Med. V N° 137, Route Bouskoura
Berrechid - Tél : 05 22 32 44 33

Soufia. Leila

Fattune:

1^{er} mes Detartrage \Rightarrow D \Rightarrow 200 dh
12

2^{emes} Detartrage \Rightarrow D \Rightarrow 200 dh
12

Total \Rightarrow D \Rightarrow 400 dh
24

Dr. Ilham EL KHADDARI
Chirurgien Dentiste
Bd. Med. V N° 137, Route Bouskoura
Berrechid - Tél : 05 22 32 44 33