

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



DOS N° 4359
Déclaration de Maladie

N° W19-416894

Courrier

D

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 4184

Société : MUPRAS

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HASSOUNI Kheman

Date de naissance :

24/5/36

Adresse :

25R. de lybie Agadir

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

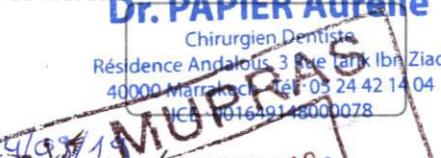
Cadre réservé au Médecin

Dr. PAPIER Aurélie

Chirurgien Dentiste

Résidence Andalous 3 Rue Yakk Ibn Ziad
40000 Marrakech Tel: 05 24 42 14 04
NCP 001649148000078

Cachet du médecin :



Date de consultation :

29/08/19

Nom et prénom du malade :

HASSOUNI Kheman

Age :

Enfant

Lien de parenté :

Conjoint

Nature de la maladie :

SCHS dentaire

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) :

Hassouni

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

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
	24	extraction	D10	<input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> D10
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> 450 DA
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> 24/09/19
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/> 24/09/19
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 21433552 00000000 00000000	<input type="text"/>		
	D 00000000 00000000 00000000 00000000	<input type="text"/>		
	G 35533411 11433553 00000000 00000000	<input type="text"/>		
	B	<input type="text"/>		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession	<input type="text"/>		
		<input type="text"/>		
	<img alt="Dental chart showing teeth 1-8 on both arches with a			

Taxe professionnelle: 45100106

Numéro INPE:074166455

Marrakech, le 24/09/2019**FACTURE****Patient : Mr KHAMAR HASSOUNI (3380)**

Dent	Acte	Honoraire
24	Extraction (dent permanente) incisives et PM	450,00
	TOTAL	450,00

Somme arrêtée à : quatre cent cinquante dirhams**Cabinet Dr. PAPIER AURELIE**

Dr. PAPIER Aurélie
Chirurgien Dentiste
Résidence Andalous, 3 Rue Tarik Ibn Ziad
40000 Marrakech- Tel: 05 24 42 14 04
ICE: 001649148000078