

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

- Reclamation : 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.



Declaration de Maladie

N° W19-426423

Maladie

Dentaire

Optique

A

13000

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

EL KHADIR ESSLAOUI MOHAMED

Nom & Prénom :

18/08/1989

Date de naissance :

26, Rue Leon l'aficain

Adresse :

06 77 21 7777

Total des frais engagés :

800,00 MAD

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. LAHOURY Mohamed
Chirurgien Dentiste
268, Bis Bd. Brahim Roudani
Tel: 05 22 23 19 80 - Casablanca

MUPRAS

15 OCT. 2019

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

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'at. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : 15/10/2019

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-426423

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

15 OCT. 2019

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Accueil

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature 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 Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

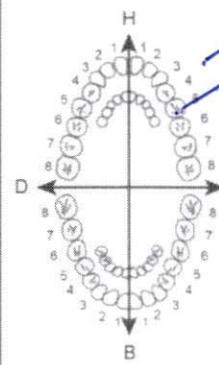
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

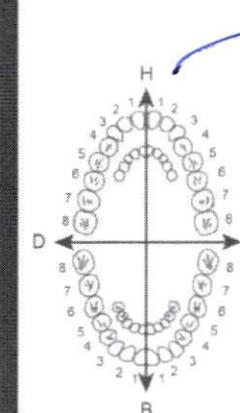
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
	25 TR ⁴⁻⁵	024	029	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	TR 26 R _{an}	05		MONTANTS DES SOINS 800,00
				DEBUT D'EXECUTION 28/03/15
				FIN D'EXECUTION 12/04/2019

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE



H 25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000
35533411 17433553 G

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX
MONTANTS DES SOINS
DATE DU DEVIS
DATE DE L'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Dr. LAHOURI Chirurgien Dentiste
268, Bis Bd Hassan II Casablanca
Tel: 05 22 31 00 00

Docteur Mohamed LAHOUIRY

Chirurgien Dentiste

الدكتور محمد لحويري

طبيب جراح للأسنان

الهاتف: 05 22 23.19.80.

Casablanca, le :

12/10/2019

FACTURE

Dr ELKHADIR EL GACI
Thérapie

— Sni dentaire :

25 TR + 25 + 20 Aps → 92

— Arotho le préh. J'aime
— le Sme dr Huit ent DH

800 Dhs

12/10/2019

Rx
de la

20 Aps

Dr. LAHOUIRY Mohamed
Chirurgien Dentiste
268, Bis Bd. Ibrahim Roudani
Tél: 05 22 23.19.80 - Casablanca