

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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 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



Déclaration de Maladie

N° 6A3

N° W19-422687

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 73421

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHOUKI HASSAN

Date de naissance : 27/02/1968

Adresse :

Tél. : 0522 915343

Total des frais : MUUAH
Parodontiste : 1000 Dhs

6000,00

Cadre réservé au Médecin :
paro implant Kaci laissé 8000 - Assad 1000
Zararia - Maârif
Tél. 0522 915343 - Fax 0522 915343

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/09/2019

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

CHOUKI HASSAN

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 :

CASABLANCA

Le : 26/09/2019

Signature de l'adhérent(e) :

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 Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

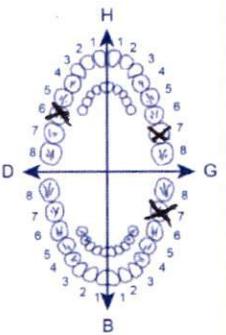
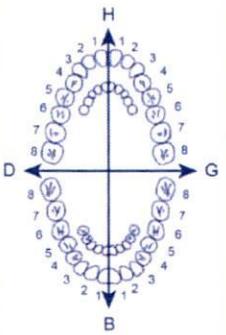
| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|------------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |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

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> |
|--|------------------|---|-------------|--|
|  | 16 27 37 | Reprise Traitut Canalairi $25 \times 3 \rightarrow 75$ $300 \times 3 \rightarrow 2700$ | | COEFFICIENT DES TRAVAUX $D + D = 40$ |
|  | 16 7 27 37 | 3 Retion 2 2 2 3 Retion 2 2 2 $100 \times 9 \rightarrow 900$ | | MONTANTS DES SOINS 6000 M |
| | 16 7 27 37 | 3 Retion 2 2 2 $100 \times 3 \rightarrow 300$ $100 \times 3 \rightarrow 300$ | | DEBUT D'EXECUTION 26/09/19 |
| | 16 7 27 37 | 3 Retion 2 2 2 $100 \times 3 \rightarrow 300$ $100 \times 3 \rightarrow 300$ | | FIN D'EXECUTION 26/09/19 |
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DATE DU DEVIS |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION |
| | | | | Monseigneur Kadi Iass & fils Implantologie |
| | | | | VISÉ CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION |
| | | | | Kadi Iass & fils Assaad Ibne Zarrara - Maanif |
| | | | | Tel: 0522 25 84 84 - Fax 0522 25 84 |

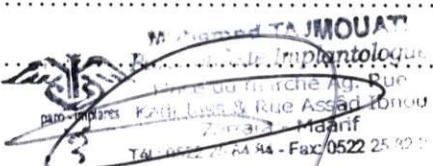


N° Patente : 35713982
INP : 094012978
ID F : 40717472
ICE : 001679071000070

FACTURE Pour Mr CHOUKI HASSAN

Je soussigné Cabinet Tajmouati, Certifie avoir reçu de Mr Chouki la somme
De 6000,00 dhs correspondant aux :

- Reprise traitement canalaire sur la 16..... 900.00 dhs
- Reprise traitement canalaire sur la 27..... 900.00 dhs
- Reprise traitement canalaire sur la 37..... 900.00 dhs
- 3 rétros sur la 16..... 300.00 dhs
- 3 rétros sur la 27..... 300.00 dhs
- 3 rétros sur la 37..... 300.00 dhs
- Obturation canalaire sur la 16..... 800.00 dhs
- Obturation canalaire sur la 27..... 800.00 dhs
- Obturation canalaire sur la 37..... 800.00 dhs



Casablanca le : 26-09-2019



Casablanca le 26-09-2019

Nom et prénom : CHOUKI HASSAN

Acte réalisé : Reprise traitement canalaire sur la 37, 16 et la 27



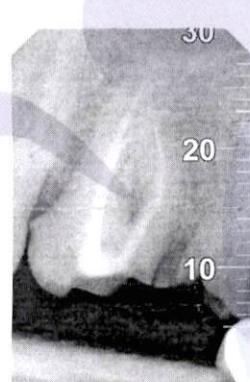
La 37



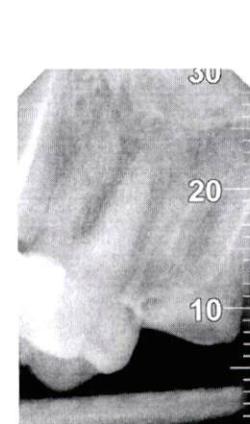
10



20
10



La 16



La 27

