

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

- | | |
|------------------------------------|--|
| 0 Réclamation | contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | adhésion@mupras.com |

La MUPRAS garantit le respect de la vie privée et de la sécurité des personnes physiques et légales, à l'égard des traitements de données personnelles.



Déclaration de Maladie

N.3165

N° W19-484000

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **549**

Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **NATHO Med**

Date de naissance :

Adresse :

Tel. : **0633900686**

Total des frais engagés :

Dhs

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /



SOINS ET PROTHESES 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	
		36	EXT	D10	
					Coefficient des travaux D10 Montant des soins 200,00 Début d'exécution Fin d'exécution 19/09/19
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			
		H	25533412 00000000	G	21433552 00000000
D	00000000		00000000		11433553
12	22		23	24	25
13	GAUCHE		26	27	28
14			35	36	37
15			38	39	40
16	HAUT		41	42	43
17			44	45	46
18			47	48	
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession					
Signature et cachet du praticien attestant l'exécution					

VOLET ADHERENT	NOM : <u>NAHRO MED</u>	Mme 549
DECLARATION N°	P 14 / 0055886	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
01/11/19	200	1
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 549	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom : <u>NAHRO MED</u>		Fonction : <u>Réseauté</u> Phones : <u>0633202680</u>	
Mail : <u>signahro@gmail.com</u>			
MEDECIN	Prénom du patient : <u>Nahro Mohammed</u>		
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age :	Date :		
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
Soins dentaires			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
PHARMACIE	Date :		
Montant de la facture			
Signature et cachet du Pharmacien			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date :			
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
CACHET			
AUXILIAIRES MEDICAUX Date :			
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
CACHET			

Docteur Hicham AFFAR

CHIRURGIEN DENTISTE

Diplôme de la faculté de médecine dentaire de Casablanca

Diplôme en Orthodontie de l'Université de Bourgogne(France)

Diplôme en Implantologie de l'Université Paul Sabatier (Toulouse)



الدكتور هشام عفار

طبيب جراح للأسنان

خريج كلية طب الأسنان بالدار البيضاء

حاصل على دبلوم تقويم الأسنان من جامعة بوركين بفرنسا

حاصل على دبلوم زراعة الأسنان من جامعة تولوز

ICE : 001758290000007 - INP : 094149390 - IF : 51457012 - N° Cnss : 7018311 - N° patente : 35015436

NOTE D'HONORAIRES

Mr. NAHRO Mohammed

Casablanca, le 19/09/2019

Dents	Date	Acte	Code	Coef.	Montant
36	19/09/2019	Ext. simple	D713	D10	200,00

Montant global : **200,00 DH DEUX CENTS DIRHAMS**

Mode de paiement : **Espèce**