

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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.

Education :

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.

Prothèse :

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

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° P19- 0046382

☐ Maladie

☒ Dentaire

8234

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2946 Société : R.A.M.

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MAANI MOHAMMED

Date de naissance : 01-01-1952

Adresse : Hay Laâlou Rue 16 N° 6 - Casablanca

Tél. : 06 62 02 66 90 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. LAMHANDI Latifa
Médecin Dentiste
119, Av Jamila 5
Tél: 0522 57 56 04 / N° d'ordre 11

Date de consultation : 24/09/2019

Nom et prénom du malade : CHAIF - SADIA Age : 55 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Prothèse 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 : Casablanca

Le : 24/11/19

Signature de l'adhérent(e) :



[illegible][illegible][illegible][illegible]

Le praticien doit, en toute connaissance de cause, apprécier l'opportunité, l'acte pratiqué en indiquant la justification de la prescription.

Importance de la prescription

Veillez à la qualité de la prescription de prothèses ou de traitement.

ODF.

[illegible]

	A	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

Qcm 14

D. 180

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Latifa LAMHANDI
Chirurgien Dentiste
119 Av « N » JAMILA V
SBATA – CASA
Tél. : 05-22-57-56-04

Patente N°37428603
Compte SGMB 1070010168990
Agence OUED EDDAHAB
CASABLANCA

Casa, le... 01/11/2019

CHATEL-SADIA ep. MARI

FACTURE N°

Quantité	Désignation	P.U	P.T
1	QCM 14	2000 Dh	2000 Dh

TOTAL : 2000 Dh

La présente Facture est arrêtée à la somme de :

Deux mille Dirhams



119 Av « N » JAMILA V SBATA – CASA Tél. : 05-22-57-56-04

Patente n°37428603 Compte SGMB 1070010168990 Agence OUED EDDAHAB