

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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge



N° W19-470556

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire <u>18899</u>	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autre
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société : <u>DAM</u>	
Matricule : <u>30219</u>			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>DOUNIAS BEN ABDELLAH</u>			
Date de naissance : <u>15/12/1959</u>			
Adresse : <u>F. Rue Rousseau MAARIF EXI</u>			
Tél. : <u>06.71.91.91.77</u>	Total des frais engagés : <u>770,00</u>		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Dr BENGELLOUN Dounias Chirurgien Dentiste 38 Bd Bt Anzarane 10ème Etage Res Ennour Appt 5 Casablanca Tel 0522 98 35 96 </div>			
Date de consultation : <u>30/09/2019</u>			
Nom et prénom du malade : <u>DOUNIAS NAM</u>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <u>Soin d'implante</u>			
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 : Alger Le : 18/10/2019

Signature de l'adhérent(e) : AJ

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W19-470556
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Matricule : <u>30219</u>	
Nom de l'adhérent(e) : <u>DOUNIAS</u>	
Total des frais engagés : <u>770,00</u>	

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
30/09/12	Chirurgie		350 Dhs	INP: 001917715000000 I.C.E: 001917715000000 I.N.P.E: 094162914 I.F: 40152967BENGELLO Chirurgien Dr. Béchir Anzai Enseignant Assistante
09/10/12	+	064	420 Dhs	
07/10/12	Chirurgie			
10/10/12				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	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	

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 carotidiens, ainsi que le bilan de l'OR

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	L.N.P.F : 094162914 INP : I.F : 40152967
	14	Edentat ^b	DNU	CCEFFICIENT DES TRAVAUX DENTAL COEFFICIENT DENTAL COEFFICIENT DENTAL COEFFICIENT
	94	Edentat ^b	DNU	
		Dental ^b	D 12	
		Dental ^b	D 12	
				MONTANTS DES SOINS DENTAL QUOTIENTS DENTAL QUOTIENTS
				DEBUT D'EXECUTION DATE OF EXECUTION 30/09/11
				FIN D'EXECUTION DATE OF EXECUTION 10/11/11
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533414 21433552 00000000 00000000 D —————— G 00000000 00000000 35533411 11433553	B	CCEFFICIENT DES TRAVAUX DENTAL COEFFICIENT DENTAL COEFFICIENT DENTAL COEFFICIENT
				MONTANTS DES SOINS DENTAL QUOTIENTS DENTAL QUOTIENTS
				DATE DU DEVIS DATE OF QUOTE 10/10/11
				DATE DE L'EXECUTION DATE OF EXECUTION 10/11/11

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Dounia BENGELLOUN
Orthodontiste

Orthodontie - Soins Conservateurs - Endodontie - Parodontie
Prothèse - Blanchiment - Pedodontie - Chirurgie



الدكتورة دنيا بن جلوان

أخصائية في تقويم إعوجاج الأسنان

تقديم إعوجاج الأسنان - العلاج الاحتقاني - علاج اللثة
تعويض الأسنان - تبييض الأسنان - علاج أسنان الأطفال - جراحة

I.C.E : 001917715000004

Casablanca, le : 10/10/2013

I.N.P.E : 094162914

I.F : 40152967

Facture N° 10 10 / 2013

Reçu du Dr Patient Dounia Nana le
de somme de sept cent soixante dix dirhams
pour soins dentaires.

Annexe la présente facture à la somme
de sept cent soixante dix dirhams (-770 dirh.).

Dr BENGELLOUN Dounia
Chirurgien Dentiste
38 Bd Bir Azzarane 3ème Etage
Rés ENNOUR Appt 5 Casablanca
Tél : 0522 98 35 56

I.C.E : 001917715000004 I.N.P.E : 094162914

38. شارع بئر أرزان - إقامة النور - الطابق الثالث - الشقة رقم 5 المعارض - الدار البيضاء

38, Bd Bir Azzarane - Rés ENNOUR, 3ème Étage - Appt 5 Maârif - Casablanca

Tél / Fax : 05 22 98 35 56