

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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 Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-477545

19579

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	8367	Société :	RAN
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	KHALID
Nom & Prénom :		MOUSSA KHALID	
Date de naissance :		17/07/64	
Adresse :		Rm	
Tél. :		0661 338657	
		Total des frais engagés : Dhs	

Cadre réservé au Médecin	Dr Khalid BADSI Chirurgien Dentiste Orthodontiste Implantologue 63 Bd 2 Mars 1 ^{er} Etg Appart 3 Tél 0522 28 29 58 Case	
Cachet du médecin :		
Date de consultation :	20/11/19	
Nom et prénom du malade :	MOUSSA KHALID ZINEB	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Dr Khalid 2 Nov 2019	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	Infection	
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 : 20/11/19

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 Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

CENTRE DENTAIRE SPECIALISÉ



مركز الأسنان الخصائي

Implantologie orale - Orthodontie - Chirurgie Buccale - Prothèse Dentaire
Parodontologie - Soins Dentaires - Blanchiment Dentaire - Radiologie

Casablanca, le 20/11/2019 للدار البيضاء في

الدكتور خالد بادسي
طبيب جراح للأسنان

أخصائي في زراعة الأسنان
أخصائي في تقويم وجراحة الأسنان و الفكين
كبار و صغار
خريج كلية الطب بريجورن فرنسا

FACTURE

Je soussigné Dr Khalid Badsi certifie d'avoir

أخصائي في تقويم وجراحة الأسنان و الفكين

prie en charge Mlle MOURID ZINEB

pour un traitement orthodontique multiattaches

pendant une durée de cinq semestres.

Dr. Khalid BADSI
Chirurgien Dentiste

Spécialiste en Implantologie Orale

Spécialiste en Orthodontie (ODF)

Orthodontie de l'enfant et de l'adulte

Lauréat de la Faculté de médecine

de Dijon France

Coefficient : D90 / semestre

Montant : 2 000,00 DH

3^{eme} semestre

Cette facture est délivrée à l'intéressé (e) pour

servir et valoir ce que de droit.

Dr Khalid BADSI
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste
Implantologue
63 Bd 2 Mars 1^{er} Etage
Tél. 0522 28 29 58 Casablanca

63، شارع 2 مارس إقامة وفاء الطابق الأول الرقم 3 - للدار البيضاء

63, Boulevard 2 Mars Rés Wafae 1^{er} Etage App 3 - Casablanca

الهاتف : 0522 28 29 58