

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.

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.

Éducation :

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

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

ND = 17669

Déclaration de Maladie : N° P19- 0011644

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

7820

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MKINSI AMIN

Date de naissance : 15-03-1967

Adresse :

Tél. : 0661176937

Total des frais engagés : 200 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 : RABAT

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : D.F.H...

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19- 0011644

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 7820

Nom de l'adhérent(e) : MKINSI

Total des frais engagés : 200 DHS

Date de dépôt : 22-07-2019

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

Cachet et signature du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

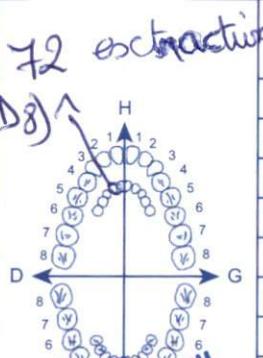
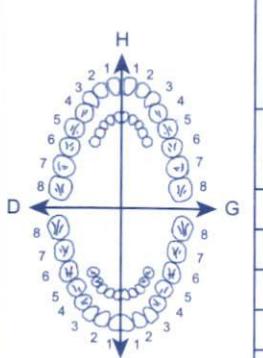
est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient						
	72	extraction	D 8						
									
O.D.F PROTHESES DENTAIRES									
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE									
<table border="1"> <tr> <td>H 25533412 00000000</td> <td>G 21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>B 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">35533411 11433553</td> </tr> </table>				H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	D 00000000	B 00000000	35533411 11433553	
H 25533412 00000000	G 21433552 00000000								
D 00000000	B 00000000								
35533411 11433553									
									
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession									
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS									
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION									

COEFFICIENT DES TRAVAUX

D 8

MONTANTS DES SOINS

200,00 Dh

DEBUT D'EXECUTION

12/06/19

FIN D'EXECUTION

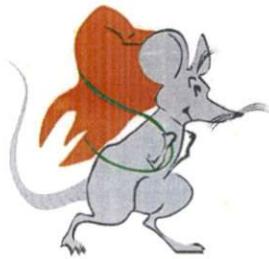
12/06/19

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



Cabinet de Dentisterie Pédiatrique

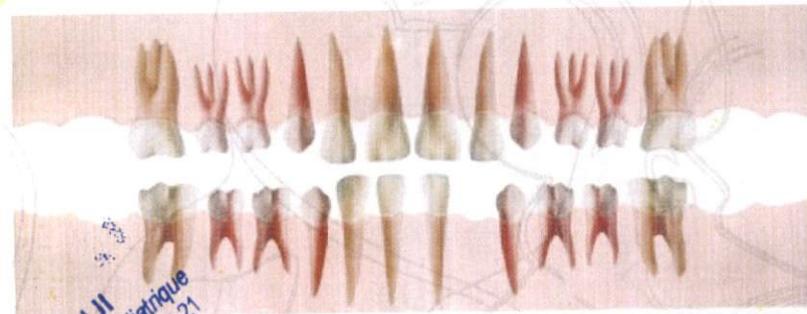
Dr Amal Hajji

NOTE D'HONORAIRES

N°11746

mercredi 12 juin 2019

MKINSI Yasmine
Né(e) le 26/12/2009
Age: 9 ans



Date	Dent	Otaration	Montant	Base	Libellé
12/06/2019	74	D. 8	200,00dh	NR	extraction dent
TOTAL			200,00dh	0,00dh	

Dr. AMAL HAJJI
Spécialiste en Dentisterie Pédiatrique
22, Rue Youssef Ben Tachfine, 2^e étage, Hassan - Rabat
Tél.: 05 37 72 27 02

Dr. Amal HAJJI
Spécialiste en Dentisterie Pédiatrique
22, Rue Youssef Ben Tachfine, 2^e étage, Hassan - Rabat
Tél.: 05 37 72 27 02



22, rue Youssef Ben Tachfine, 2^e ét. appt. n°21 - RABAT
+212 537 70 50 40 / +212 537 72 27 02
cabinetdrhajji@gmail.com

Patente : 25151041 - CNSS : 8550352
INPE : 104164736 - IF : 40162102
ICE : 001669542000012