

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.

adiologie 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.

ntaire :

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

ACC

Déclaration de Maladie : N° P19- 0014645

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 7235 Société : RAM

Actif Pensionné[e] Autre :

Nom & Prénom : CHEBKI Abdellah Date de naissance : 06/07/1952

Adresse : Résidence En-Najah Imm 6 Apt 61 Plateau CASA

Tél. : 06 11 4936 74 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. SALLI Houssaini Samir
Chirurgien Dentiste
39, Bd. Bir Anzarane - Maârif
Casablanca Tél. : 05 22 25 75 95

Date de consultation : 18/09/2013

Nom et prénom du malade : CHEBKI Abdellah Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

AS FORT DELABREE

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

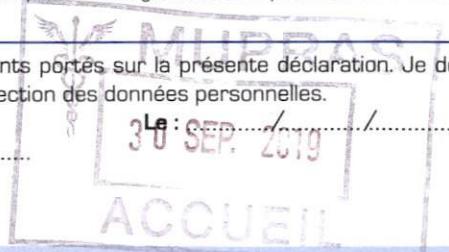
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 30 SEP 2013



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19- 0014645

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 :

Nom de l'adhérent[e] :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Montant du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Chet et signature du atoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

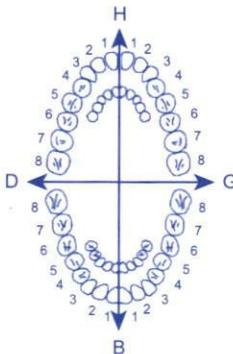
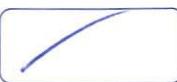
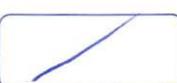
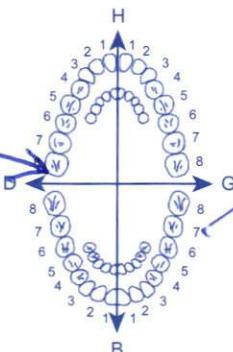
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

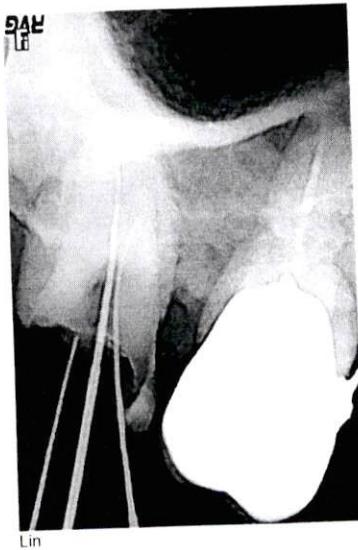
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
			COEFFICIENT DES TRAVAUX 												
			MONTANTS DES SOINS 												
			DEBUT D'EXECUTION 												
			FIN D'EXECUTION 												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX 												
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>5533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>0000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>0000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H	5533412	21433552	D	0000000	00000000	B	0000000	00000000	G	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS  <i>Deux milles cinquante et six francs</i> DATE DU DEVIS <i>Le 29/01/18</i>
H	5533412	21433552													
D	0000000	00000000													
B	0000000	00000000													
G	35533411	11433553													
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession.	DATE DE L'EXECUTION 												
		<i>Scarsoune</i> <i>CERANO</i> <i>DERNIERES</i> <i>SUR 128</i> <i>180</i>													
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS Dr. Samir Chirurgien Dentiste 39, Bd. Bir Anzarane - Maârif Tél: 02 22 25 75 95	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														



KODAK Dental Imaging Software V6, 12, 23, 0