

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 canaux, 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 canaux.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

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 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

W21-841963

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 6862

Matricule : 6862 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FAIK KHALID

Date de naissance : 07-06-1965

Adresse : HA Br. Buella

Tél. : 0664775451 Total des frais engagés : 500dh Dhs

Cadre réservé au Médecin :

Cachet du médecin :

Centre Dentaire d'Agadir
HADRANE Houcine
Chirurgien Dentiste
Av. Cheick Saadi 14 Talborjt-80040 Agadir
Tél : +212 5 28 82 75 69 / +212 5 28 84 88 66
Fax : +212 5 28 84 00 63

Date de consultation : 23/02/24

Nom et prénom du malade : FAIK KHALID Age : 21 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Gingivite

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : 23/02/24 Le : 23/02/24

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie W21-841963

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).

MUPRAS

30 AVR. 2024

Matricule : 6862

Nom de l'adhérent(e) : FAIK KHALID

Total des frais engagés : 500dh

Date de dépôt : 23/02/24

RELEVÉ 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

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 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.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES																					
<p>Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.</p> <p>Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.</p>																					
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX																
	1	D708	212	500,00	212																
<p>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</p> <p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td>B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> <p>Montant des Honoraires</p>					H	25533412	21433552	G	D	00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553	B	<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p> </p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p> </p> <p>DATE DU DEVIS</p> <p> </p> <p>DATE DE L'EXECUTION</p> <p> </p>
H	25533412	21433552	G																		
D	00000000	00000000																			
	00000000	00000000																			
	35533411	11433553	B																		
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p>					<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p> </p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p> </p> <p>DATE DU DEVIS</p> <p> </p> <p>DATE DE L'EXECUTION</p> <p> </p>																
<p>Dr. HADRANE HOUJINE Chirurgien Dentiste</p> <p>Av. Cheikh Saadi 14, Agadez Tel : +212 5 28 82 75 79 / +212 5 28 84 88 66 Fax : +212 5 28 84 00 63</p>					<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p> </p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p> </p> <p>DATE DU DEVIS</p> <p> </p> <p>DATE DE L'EXECUTION</p> <p> </p>																

Dr HADRANE ELHOUCINE
Chirurgien Dentiste

AGADIR

Tél: +212528827569

ICE: 001899642000065

INP: 044025120

IF: 76117350

CNSS: 6022967


Clinique Dentaire
d'Agadir

Agadir : 23/02/2024

Note d'honoraire N°: 152F022024

DUPLICATA

Patient(e) : FALK ines

Date	Nom de l'acte	Code	Coeff.	Dent(s)	Montant
23/02/2024	DETARTRAGE COMPLET SUS ET SOUS-GINGIVAL	D708	D 12	Toutes	500,00 DH
TOTAL					500,00 DH

Arrêté le montant de la facture à la somme de :

Cinq cent MAD

Signature du praticien
Clinique Dentaire d'Agadir
Dr. HADRANE ELHOUCINE
Chirurgien Dentiste
Av. Cheick Saadi 14 Talborjt - 80000 Agadir
Tél : +212 5 28 82 75 69 / +212 5 28 84 88 66
Fax : +212 5 28 84 88 66

Avenue Cheick Saadi 14 - Talborjt - 80000 Agadir
Tél: +212528827569 - +212528848866
Fax: +212528840060. IF: 18789543