

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.

Bééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééductions.
 - Pour la 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 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



Declaration de Maladie

Nº W19-524946

53446

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 7665	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Personne(s)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : GYM ABDELLAH			
Date de naissance : 18-02-62			
Adresse : HAFETEHL RUE 5 N° 162 OULFACAO			
Tél. : 0661 159851	Total des frais engagés : 1000000000		

Cadre réservé au Médecin	Docteur BADI Redouane Chirurgien Dentiste Expert Assermenté Près Les Tribunaux 635, Bd. Goulimima - Casablanca Tél : 05 22 27 27 03 / 06 45 73 48 32 ICE : 00169985500016 - IF : 40107126
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	24/10/2020
Nom et prénom du malade :	EL GALAOUI FATHIA
Age :	30
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	abc de la cr
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli fermé et 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) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Hopitaux	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
24/11/20	43	D 5	150,-00	INPE : 094008455 Docteur BADI Redouane Chirurgien Dentiste Assernement Près Les Tribunaux Rabat - Casablanca Téléphone : 05 73 48 32 Fax : 05 73 48 32 Email : docteurbadi@yahoo.fr

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HAMZA Lotis. Hay/Hanç Rue d N° 3 Lot 10 Hamza - Tél: 0522 93 10 20	24/11/2020	177,50

ANALYSES RADIGRAPHIQUES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Designation des Coefficients	Montant des Honoriaires
25/10/2010 : 71	25/10/2010 : 71	25/10/2010 : 71	25/10/2010 : 71

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer 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	INP : <input type="text"/>
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553	B	<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<input type="text"/> DATE DU DEVIS
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION

Casa, le : 24/11/2020

ORDONNANCE

7me EL GILAOUI Fatima

- SPIRAZOLE SV

27.00

2 y / 2 +



- CATAFLAM SV
46.50



55.00 1 y / 3 + 1

Biomylase 3000



177.00

022 27 27 03

635, Rue Goulmima, Bourgogne - Casa - Tél. : 022 27 90 188855000016

دكتور بدوي رضوان
Expert Assermenté
Dentiste Goulmima
Tél. : 022 27 90 188855000016

Docteur BADI Redouane

CHIRURGIEN DENTISTE

الدكتور بدوي رضوان
برامحة الاسنان

Casa, le :

24/01/2020

ORDONNANCE

Note d'honorai ~

700

EL GILAOUI Fatima

- Consultation : 150,00

Soit cent cinquante درا

Docteur BADI Redouane

Chirurgien Dentiste

Expert Assermenté Près Les Tribunaux

635 Bd. Goulimima - Casablanca

Tel : 05 22 27 27 03 / 06 45 73 48 32

ICE : 001699055000016 - IF : 40107126

INPE : 094008455