

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 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 tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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 Aïlal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïlal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-603270

55188

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12301 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Tam Benckhoun Doume

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 2114 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 12 JAN 2021

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 : ACCUEIL

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veillez fournir une facture

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux																			
	<p>Détailage 2r D.S.</p>			<p>2x DG + 1 D</p> <p>Montant des soins</p> <p>800000</p> <p>Début d'exécution</p> <p>9/12/2020</p> <p>Fin d'exécution</p> <p>16/12/2020</p>																			
<p>O.D.F.</p> <p>Prothèses dentaires</p>	<p>Détermination du coefficient masticatoire</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553			<p>Montant des soins</p> <p>Date du devis</p> <p>Fin de</p>
H		G																					
25533412	21433552																						
00000000	00000000																						
00000000	00000000																						
35533411	11433553																						
<p>(Création, Remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																							
<p>Dr. BARKAOUI Sara</p> <p>Medecin Dentiste</p> <p>Centre Dentaire C.I.L.</p> <p>Tél: 05 22 94 65 74</p>																							

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N°		W18-354891	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
<p>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</p> <p>Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle</p>			



W18-354891

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 12301
Nom & Prénom		Tam Benchekroun Nouna
Fonction		Responsable Etude
Phones		2114
Mail		
MEDECIN		
Prénom du patient		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>
Age		Date
Nature de la maladie		Date 1ère visite
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
PHARMACIE		
Date		
Montant de la facture		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		
Date		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		
Date		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV

Dr. BARKAOUI Sara
Medecin Dentiste
Centre Dentaire C.I.L.
Tél: 05 22 94 65 74

Casablanca, le 16/12/2020

FACTURE N° 486F2020

Patient(e): TOUM BENCHEKROUN Mouna

ACTES	Code sécu	Dent(s)	Montant à payer
OBTURATION AU COMPOSITE	0	27	400,00 DH
TOTAL			400,00 DH

Arrêté le montant de la facture à la somme de

Quatre cent

Signature du Praticien

Dr. BARKAOUI Sara
Medecin-Dentiste
Centre Dentaire C.I.L.
Tél: 05 22 94 65 74

Casablanca, le 16/12/2020

FACTURE N° 487F2020

Patient(e): TOUM BENCHEKROUN Mouna

ACTES	Code sécu	Dent(s)	Montant à payer
DET	0	Toutes	400,00 DH
TOTAL			400,00 DH

Arrêté le montant de la facture à la somme de

Quatre cent

Signature du Praticien

Dr. BARKAQUI Sara
Medecin Dentiste
Centre Dentaire C.I.L.
Tél: 05 22 94 65 74