

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 2 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 3 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.



Déclaration de Maladie

N° W21-767641

136901

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

AA380

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

TOUILE REDA

Date de naissance :

01/12/76

Adresse : 4, Rue Ibnou Khatib, Res Rania II

APT N° 15 CASABLANCA

Tél. : 0661 132 653

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BENFEDDOUL Samir
Chirurgien Dentiste

127, Av. Mers Sultan N° 5 - Casablanca

Tél: 05 22 26 34 54 - Patente: 34399522

Email: merycabinetdentaire@gmail.com

Date de consultation :

4 / 11 / 2022

Nom et prénom du malade :

TOUILE YOUSSEF

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

soins dentaires

Enfant

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'at: médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-767641

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

Matricole

Nom de l'adhérent(e)

Total des frais engagés

ACCUEIL	M	R
10 NOV 2022	777	W21-767641
Matricole		TOUILE REDA
Nom de l'adhérent(e)		TOUILE YOUSSEF
Total des frais engagés		300hs

MUPRAS

RELEVE 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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 970915
	36	EP	DI0	Coefficient des travaux DI0
				MONTANTS DES SOINS 300,00
				DEBUT D'EXECUTION 11.11.22
				FIN D'EXECUTION 13.11.22
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT DU MASTICATOIRE			Coefficient des travaux [Creation, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION 17.11.22
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	 VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E			www.mesvises.com - www.cachetmedical.com Tél. 05 34 51 51 51 - 06 73 39 95 22

Docteur Samir BENFEDDOUL
Chirurgien-Dentiste

Casablanca le : 04.11.22

Patente : 34399522
ICE : 001674593000017
IF : 15184259
INP : 09410915

FACTURE

Patient : TOUI LE Yasmeen
A réglé la somme de : trois cents dirhams

Pour les soins suivants : CP / 36

Dr. BENFEDDOUL Samir
127 Avenue Mers Sultan 1^{er} étage N°5 Tel : 0522263454
E-mail : merycabinetdentaire@gmail.com
Tel: 0522263454 E-mail: 34399522
Email: merycabinetdentaire@gmail.com

127 Avenue Mers Sultan 1^{er} étage N°5 Tel : 0522263454
E-mail : merycabinetdentaire@gmail.com