

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

- 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 Étage 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

N° W21-717484

AS7840

| | | | |
|---|--|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input checked="" type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : | 9340 | Société : | RAM |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : CHAOUQUI MUSTAPHA | | | |
| Date de naissance : 03.04.1974 | | | |
| Adresse : Hy. 7y ABDELLAH n° 163 n° 78 CASA | | | |
| Tél. : | 0663235840 | Total des frais engagés : | 500 Dhs |

Autorisation CNPD N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Dr. KHAYALI Khalid
Chirurgien dentiste
17, Imm. 30, Bd. Panoramique
Tél: 05 22 50 40 47

Date de consultation : 13/03/2023

Nom et prénom du malade : ANAS CHAOUQUI Age: 17

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Si dent

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel communiquer les renseignements à l'ordre de Dr. KHAYALI Khalid Chirurgien dentiste 17, Imm. 30, Bd. Panoramique Tél: 05 22 50 40 47

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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) :

Dr. KHAYALI Khalid
Chirurgien dentiste
17, Imm. 30, Bd. Panoramique
Tél: 05 22 50 40 47

Le : 17/04/2023

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-717484

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 :

Docteur KHAYALI Khalid

Chirurgien Dentiste



الدكتور خيالي خالد

طبيب جراحي للأسنان

21/VP: ٥٣٤٥١٣٣٦٧
BCH: ٠٢٠١٩٣٦٠٠٥٦

Casablanca, le ٤-٤-٢٣ الدار البيضاء، في

FACTURE

M. CHAOUI Auz

Net du tr.

Const

Bet

Coef

D₅

D₂₀

Mett

1-

4-

T. ١٥٥٢,٠٠ x D₅
+ Cinq cents dinars *

*Dr. KHAYALI Khalid
Chirurgien dentiste
17, Imm. 30, Bd. Panoramique
Tél: 05 22 50 40 47*