

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

- Reclamation : 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.

N° W21-788778

Couer

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 00372	Société : RAM	1626418	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Boussetta Halima			
Date de naissance : 01/01/1946			
Adresse : Assif c' n° 319 Marrakech			
Tél. : 0661208926	Total des frais engagés : # 500,00 Dhs		

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<i>Dr. Taoufik LAHOU Médecin Dentiste Médical 2, Rue Oulad El Makazin Marrakech 0524439120/21</i>			
Date de consultation : 20/03/2023			
Nom et prénom du malade : Boussetta Halima Age : 80			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Sons dentaires			
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 : **Marrakech** Le **02/03/2023**
Signature de l'adhérent(e) : *Halima*

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W21-788778
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 : 00372	<i>Boussetta</i>
Nom de l'adhérent(e) : Boussetta	<i>500,00</i>
Total des frais engagés : 500,00	
Date de dépôt :	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

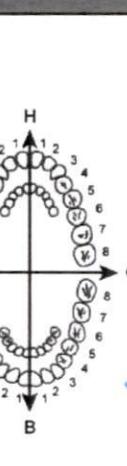
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

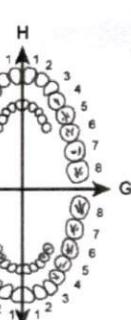
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 0714021643
	15	Comp 15	15	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				15
				MONTANTS DES SOINS
				500,-
				DEBUT D'EXECUTION
				02.03.23
				FIN D'EXECUTION
				020323

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

	<table border="1" style="margin-bottom: 10px;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412 00000000 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		H	25533412 00000000 00000000	21433552 00000000 00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553		B	
	H	25533412 00000000 00000000	21433552 00000000 00000000											
D	00000000	00000000												
	35533411	11433553												
	B													
COEFFICIENT DES TRAVAUX														
MONTANTS DES SOINS														
DATE DU DEVIS														
DATE DE L'EXECUTION														
Dr. Taoufik LAHLOU Dr. Taoufik LAHLOU Medecin Dentiste Medecin Dentiste Visite et Cache du Patient Attestant l'Execution Tél : 05 24 43 92 21 Tél : 05 24 43 92 21														

Dr Taoufik Lahlou

Chirurgien Dentiste

Ancien au Cabinet Dentaire Mutualiste

(M.G.E.N) de Safi et Marrakech

Diplôme universitaire d'implantologie chirurgical

Orale et maxillo-faciale

Université Paul sabatier Toulouse

Tel: 024 43 91 20 / 21

Marrakech : 02 03 23
Facture :

Reçu l' somme de 500,00 dh

pour soins dentaires de

Dr. Taoufik LAHLOU
Médecin Dentiste
Imm. Lotfi 2, Rue Oued El Makhazine Etage 1
Gueliz-Marrakech
Tél : 05 24 43 91 20 / 219

Dr. Taoufik LAHLOU
Médecin Dentiste
Imm. Lotfi 2, Rue Oued El Makhazine Etage 1
Gueliz-Marrakech
Tél : 05 24 43 91 20 / 21

Dr. Taoufik LAHLOU
Médecin Dentiste
Imm. Lotfi 2, Rue Oued El Makhazine Etage 1
Gueliz-Marrakech
Tél : 05 24 43 91 20 / 21

Imm.lotfi 2 rue oued el makhazine marrakech gueliz
0524439120/0524439121