

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

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 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-788778

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **00372**

Matricule : **00372** Société : **RAM**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : **Boussetta Helima**

Date de naissance : **01/01/1946**

Adresse : **Assig' c' n° 319 Marrakech**

Tél. : **0661208926** Total des frais engagés : **# 500,00 #** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **03/03/2023**

Nom et prénom du malade : **Boussetta Helima**

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : **Soins 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 : **03/03/2023**

Signature de l'adhérent(e) :

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**

Nom de l'adhérent(e) : **Boussetta**

Total des frais engagés : **500,00**

Date de dépôt :

RELEVÉ 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"/>

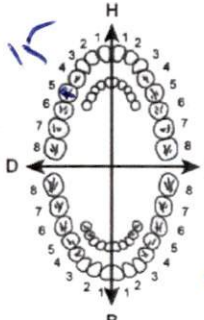
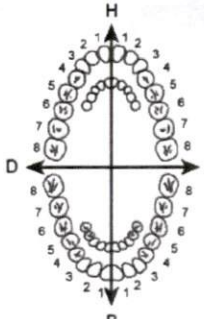
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
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
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 0714021643														
	15	Comp D ₁₅		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text" value="D<sub>15</sub>"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="500,0"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text" value="02.03.23"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text" value="02.03.23"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
Dr. Taoufik LAHLOU Médecin Dentiste Imm. Lot 2, Rue Oualid El Makhazine Etage 1 Guéliz-Marrakech Tél: 05 24 43 91 20 / 21			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> Dr. Taoufik LAHLOU Médecin Dentiste Imm. Lot 2, Rue Oualid El Makhazine Etage 1 Guéliz-Marrakech Tél: 05 24 43 91 20 / 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 la 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 / 21

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