

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
 0 Prise en charge : pec@mupras.com
 0 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 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-551307

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) Matricule : 04920 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BARA HA SSAIN

Date de naissance : 07/13/64

Adresse : Hadi Tuelha

Tél. 0666 1998 17

DR. OUALIDI Said

Chirurgien Dentiste

Cadre réservé au Médecin
54, Angle Bd. Bouhaïb Doukkali
et Rue Rahali El Farouki - Souk Lakraa
Sidi Maârouf "3" - Casablanca
Tél. 05 22 28 08 38 / 027 21 56 11

Date de consultation : 04/05/2023

Nom et prénom du malade : T. Baba Hassan

Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Soin d'dentaires

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements au 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 : 13 JUIN 2023

Signature de l'adhérent(e) : M. BOUZAACHANE



VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-551307

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).



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

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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.

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

DR. QALIHI Said
VISA ET CADRE DU PRATICIEN ARRÊTANT L'EXECUTION
Chirurgien Dentiste
44, Angle Bd. Bouchaib Doukali
Rue Bahââ El Farouki - Souk Leknâa
sidi Maârouf 3 - Casablanca
Tél. 05 22 28 08 38 / 027 21 56 11

Dr. OUALIDI SAID
Chirurgien Dentiste

54, Angle Bd. Bouchaïb Doukali
et Rue Rahali El Farouki
Souk Lakriaa Sidi Maârouf 3
Casablanca
Tél.: 0522 28 08 38
GSM : 06 66 10 47 84

Casablanca, le 24/03/23.....
البيضاء في

الدكتور سعيد الوليد
طبيب جراحي للأسنان

54, زاوية شارع أبو شعيب الريكري
زنقة الرحالي الفاروقى
سوق القرىحة سيدي محروف 3
الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 28 08 38

Dr. Baba Hassan

Facture

Recu :

La somme de quatre cent dirhams
(400DH) pour soins dentaires

DR. OUALIDI Said
Chirurgien Dentiste
54 Angle Bd. Bouchaïb Doukali
et Rue Rahali El Farouki - Souk Lakriaa
Sidi Maârouf "3" - Casablanca
Tél. 05.22.28.08.38 / 027.21.56.11