

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



Déclaration de Maladie

N° W21-722092

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 7742

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : IZAABEL ABDELAZIZ

Date de naissance : 16-02-1963

Adresse : 6 Rue 3rdi RIBAT JALAM RGAM

Tél. : 0661419112

Total des frais engagés :

700,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Oumayma ABOUAMER
Chirurgien Dentiste
Tel: 05 28 21 56 33

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/04/2023

Nom et prénom du malade : IZAABEL ABDELAZIZ

Age : 60

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Sains 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 : RGAM

Le : 14/04/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-722092

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 : 7742

Nom de l'adhérent(e) : IZAABEL

Total des frais engagés : 700,00

Date de dépôt :

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
14/04/23	Composite sur 32	D ₂₀	400,00	INP : 094197225 Dr. Qumayma ARQUAMEH Chirurgien Dentiste tel: 05 28 2154 00
18/04/23	Composite sur 45	D ₁₅	300,00	

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
		A M	P C	I M	I V	

VIOLET ADHERENT

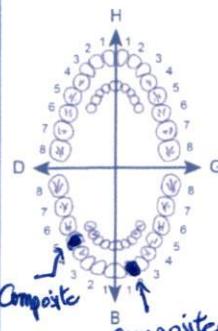
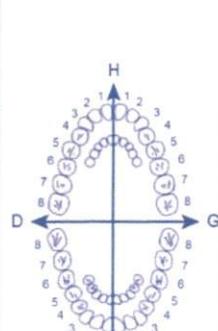
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 : 094197225
	3 2	Composite	D_{20}	COEFFICIENT DES TRAVAUX $D_{20} + D_{15}$
	4 5	Composite	D_{15}	
				MONTANTS DES SOINS 700,00
				DEBUT D'EXECUTION 14/04/23
				FIN D'EXECUTION 18/04/23
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000	21433552 00000000	COEFFICIENT DES TRAVAUX
D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	
B				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. DUMAYNE MOUAME
Chirurgien Dentiste
Tél: 05 28 21 56 33



CENTRE DENTAIRE ABOUAMER

الدكتورة أميمة أبو عامر
طبيبة جراحة للأسنان

Dr. Oumayma ABOUAMER
Chirurgien Dentiste

Agadir, le 18/04/23 أكادير في

FACTURE N° 70/93

Patient (e) ... Izaabel Abdelaziz

* Restauration composite sur les 32 et les 45

$$D_{20} + D_{15} = D_{35} = 700,00 \text{ DH}$$

Espèces

Dr. Oumayma ABOUAMER
Chirurgien Dentiste
Tél: 05 20 2 76 33

ICE: 003135189000051 - IF: 52617628

زنقة أزني - إقامة تيمات حي السلام - 80070 Agadir / 80070 أكادير - 4 Rue anzi - Résidence Taymat - Hay Salam - 80070 Agadir -

+(212) 5 28 21 56 33