

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° W21-821818

Coupon

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 12029	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : EL GAOUZI Hajer			
Date de naissance : 02.06.1982			
Adresse : Habilielle			
Tél. : 0661100225 Total des frais engagés : 400,00 Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin :
	Docteur EL OMARI Abdelhafid Chirurgien Dentiste Spécialiste en Orthodontie 6, Rue Gabes App 5 2ème Etage Rabat - Tél.: 037.70.45.97
	Cachet du médecin :
	23/01/2024 el gaouzi Hajer
	Date de consultation :
	Nom et prénom du malade :
	Lien de parenté :
	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
	Nature de la maladie :
	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 : **PT** Le : **23/01/2024**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

VOLET ADHERENT	N° W21-821818
Déclaration de maladie	
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 : 12029	
Nom de l'adhérent(e) : ELGAOUZI Hajer	
Total des frais engagés : 400,00	
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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

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	

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 canalaire, ainsi que le bilan de **HDRF**.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
		<i>Dedentage</i> <i>et 28 caries</i>	<i>J 20</i>	<i>COEFFICIENT DES TRAVAUX</i> <i>J 20</i>
				<i>MONTANTS DES SOINS</i> <i>400,00 ₧</i>
				<i>DEBUT D'EXECUTION</i> <i>23.1.24</i>
				<i>FIN D'EXECUTION</i> <i>23.1.24</i>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	D 00000000 35533411	G 21433552 00000000	<i>COEFFICIENT DES TRAVAUX</i> <i>MONTANTS DES SOINS</i>
				<i>DATE DU DEVIS</i> <i>DATE DE L'EXECUTION</i>
				<i>Docteur EL OMARI Abdelhafid</i> <i>Chirurgien Dentiste</i> <i>Spécialiste en Orthodontie</i> <i>6 Rue Gabès App 2ème Flage</i> <i>El Haj - Tel: 037.70.55.51</i>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LA EXECUTION		

Dr. EL OMARI Abdelhafid

الدكتور العمري عبد الحفيظ

Chirurgien Dentiste

Spécialiste en Orthodontie

Diplômé de l'Université libre
de Bruxelles (U.L.B.) et du Centre
International des Science et Cliniques
Orthodontique à Brest en france

طبيب جراحي للأسنان

أخصائي في تقويم الأسنان

خريج كلية الطب ببروكسيل

والمراكز الدولي في علوم تقويم الأسنان

برست - فرنسا

Rabat le : 23.1.24 الرباط في :

FACTURE

El gaozi Hej

Detalys = 400.00 N
2 Scans =
Appt 1 2 3

Docteur EL OMARI Abdelhafid
Chirurgien Dentiste
Spécialiste en Orthodontie
6, Rue Gabes App 5 2ème Etage
Rabat - Tél.: 037.70.45.97

زنقة قابس، رقم 5 الطابق الثاني - الرباط - الهاتف : 0537 70 45 97

6, Rue Gabess - Appt. 5 (2 ème Etage) - Rabat - Tél.: 0537 70 45 97

Patente : 25109690 - I.G.R : 34155438 - C.N.S.S : 2206515

I.N.P.E : 104 00 39 83 - I.C.E : 00 166 584 - I.F : 341 55 438