

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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

W21-837274

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8986 Société : R.A.M.

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MACHHOOR Michaux - Annie

Date de naissance : 22.02.1960

Adresse : 295, Bd Abdellah - Casa 20000

Tél : 0661445181

Total des frais engagés : 500,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07.02.2024

Nom et prénom du malade : MACHHOOR Mohamed Ghli Age : 64 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Gingivite

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : CASABLANCA Le : 14/02/2024

Signature d' : [Signature]

PR4FR05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

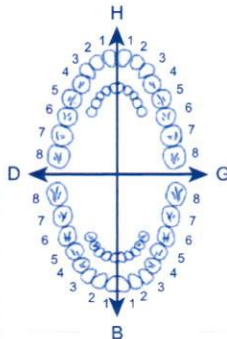
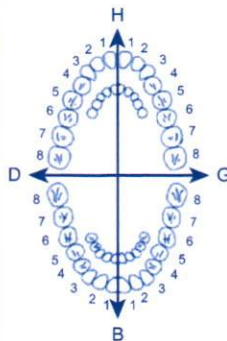
[illegible][illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

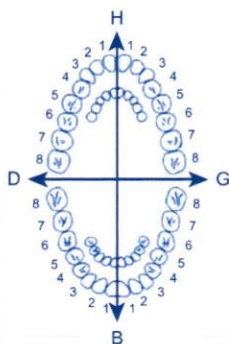
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	Toutes	Détartrage Day	500,-		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">D24</div>														
					<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">500,-</div>														
					<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">DEBUT D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">—</div>														
					<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">FIN D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">07/02/24</div>														
<div style="text-align: center;"> O.D.F PROTHESES DENTAIRES </div> 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> </div>														
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> </div>
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D	G																	
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	B																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">DATE DU DEVIS</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> </div>														
Montant des Honoraires				<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">DATE DE L'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> </div>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. BENJELLOUCI Samia
Odontologue - Casa

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
	Toutes	Détartrage Day	500,-		224

MONTANTS
DES SOINS
 500,-

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION
 07/02/24

[illegible]

D24

500 -

07/02/20

Page 10 of 10

Page 10 of 10

Downloaded At: 11:53 11 September 2009

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'

Casablanca, le 07/02/2024

ICE: 001659583000021

Nom : MACHHOUR
Prénom : Mohamed Ghali
Âge : 12 ans et 8 mois

NOTE D'HONORAIRE

Date	Désignation	Valcur
07/02/2024	Déclartrage	500 DH
Total		500 DH

Dr. BENJEF LOU Samia