

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 canaux, 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 canaux.

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

- Reclamation : 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

W21-839256

1 96655
Autres

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

4915

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

EZZAKHRAJY Yamina

Date de naissance :

08.09.1946

Adresse :

3, Rue Jabbar bnou Hayane - Imp. Palmier
EHA

Tél :

06.68.77.33.87

Total des frais engagés :

200,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Amal SEDDIQI
Chirurgien Dentiste
Orthodontie - Implantologie
22, Rue EL AHOUSSEI Bourgoine
Casablanca - Tel: 05 22 485 670

Cachet du médecin :

Date de consultation :

07/02/2024

Nom et prénom du malade :

EZZAKHRAJY Yamina

Age: 08.09.1946

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Dentaire

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 :

20/02/2024

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
07/02/24	Consultation	1	200 dhs	Dr. Amal SEDDIQI Chirurgien Dentiste Orthodontie - Implantologie 22, Rue EL Aroussi, Bourgogne Casablanca - Tel: 05 22 486 624

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 Praticien	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.

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		MONTANTS DES SOINS	
		<div> <div>H</div> <div>25533412</div> <div>00000000</div> <div>D</div> <div>00000000</div> <div>35533411</div> <div>B</div> </div> <div> <div>H</div> <div>21433552</div> <div>00000000</div> <div>G</div> <div>00000000</div> <div>11433553</div> <div>B</div> </div>	<div> <div>H</div> <div>21433552</div> <div>00000000</div> <div>G</div> <div>00000000</div> <div>11433553</div> <div>B</div> </div>	<div> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div> </div> </div>	<div> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div> </div> </div>
		<div> <div>(Création, remont, adjonction)</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div> </div>	<div> <div>Montant des Honoraires</div> <div> </div> </div>	<div> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div> </div> </div>	
<div> <div>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</div> <div> </div> </div>		<div> <div>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</div> <div> </div> </div>		<div> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div> </div> </div>	<div> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div> </div> </div>
				<div> <div>DATE DU DEVIS</div> <div> </div> </div>	<div> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div> </div> </div>

Docteur Amal SEDDIQI
Chirurgien Dentiste

الدكتورة أمال الصديقي
طبيبة في جراحة الأسنان

07/02/2024

Facture N° : 2402040

Patient : Mme EZZAKHRAJY Yamina

Dent	Acte	D	Honoraire
1848	Consultation	D4	200,00
TOTAL			200,00

Somme arrêtée à : deux cents dirhams

Dr. Amal SEDDIQI
Chirurgien Dentiste
Orthodontie - Implantologie
22, Rue EL Alloussi Bourgogne
Casablanca - Tel: 05 22 486 624

Docteur Amal SEDDIQI

INPE: 094011186 - ICE: 001698983000020 - IF: 40503503