

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

- 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

W21-845377

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8826 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 198930

Nom & Prénom : ZAOUI Mohamed

Date de naissance : 18-08-1967

Adresse : Rue 321 WTA NOLA 211 MOUMTA

2404

Tél : 0661421166 Total des frais engagés : 300 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DOCTEUR NAAM SAADIA
Chir. Urgien D.
Av. H N° 3 Bernoussi
Tél : 06 22 73 26 25

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ZAOUI Ziyad Age :

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

Nature de la maladie : 272340

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 : / / Le : / / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

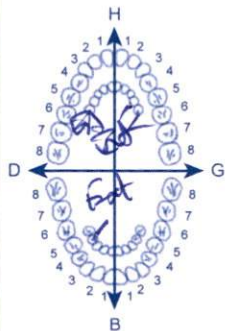
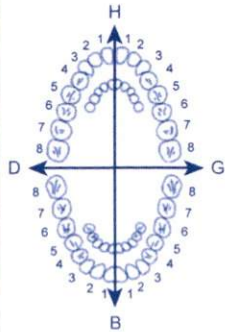
[illegible][illegible][illegible][illegible]

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																												
	84	ext	D ₂	300 DA	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; font-size: 1.5em;">D24</div>																												
	64	ext	D ₂	300 DA	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; font-size: 1.5em;">900 DA</div>																												
	65	ext	D ₂	300 DA																													
DOCTEUR NAAM SAADIA N° 3 Bernoussi - Jussa Tel : 06 22 73 25 25					<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; font-size: 1.2em;">DEBUT D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; font-size: 1.2em;">FIN D'EXECUTION 93/24</div>																												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX																												
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				H				25533412	21433552			00000000	00000000			D	G			00000000	00000000			35533411	11433553			B				
	H																																
	25533412	21433552																															
	00000000	00000000																															
	D	G																															
	00000000	00000000																															
	35533411	11433553																															
	B																																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				Montant des Honoraires																												
DOCTEUR NAAM SAADIA N° 3 Bernoussi - Jussa Tel : 06 22 73 25 25					<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; font-size: 1.2em;">DATE DU DEVIS</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; font-size: 1.2em;">DATE DE L'EXECUTION</div>																												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur NAAMI Saadia
Chirurgien Dentiste

الدكتورة أنعامي السعدية
طبيبة جراحة للأسنان

Soins - Prothèse
Chirurgien - Implants - Orthodontie

علاج - تعويض
جراحة - زرع - تقويم

CASABLANCA, LE

5/3/2024

ORDONNANCE

Fracture

peu de fracture - Enfant avec
affecte - Enfant - 2-4-5-
- Enfant de l'adulte 84-D8
64-D8
- " " 65-D8
- " " " "

dent dent 90004

DOCTEUR NAAMI SAADIA
Chirurgien
N° 3 Bernoussi - Casa
Tél: 06 22 73 25 25