

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.



Declaration de Maladie

N° W21-816103

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	11320	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	203835
Nom & Prénom :		TOUILE REDA	
Date de naissance :		01/12/76	
Adresse :		4, rue Ibnou khalibz RIS RANIA CASABLANCA	
Tél. :		0661132653	
Total des frais engagés :			

Autorisation CNPD N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	19/04/2024
Nom et prénom du malade :	TOUILE REDA
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	maladie dentaire
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'at: médecin conseil de la Mutuelle.	
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.	
Fait à :	Le : 10 AVR. 2024
Signature de l'adhérent(e) :	

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie



Remplissez ce volet, découpez le et conservez-le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

TOU 010 010

TOU 010 010

TOU 010 010

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

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
		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.

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 d

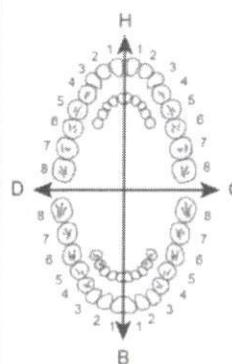
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 10-07-15
		55 obt - Constante Rv 6	225 226	COEFFICIENT DES TRAVAUX D 27-12
				MONTANTS DES SOINS 800,00
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION 19-04-22

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	-
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Dr. BENFEDDOUI Samia

VIBA ET FAIS HET DE PRASDIELEN AT

127, Avenue ~~Mess~~ Sultan N° 5

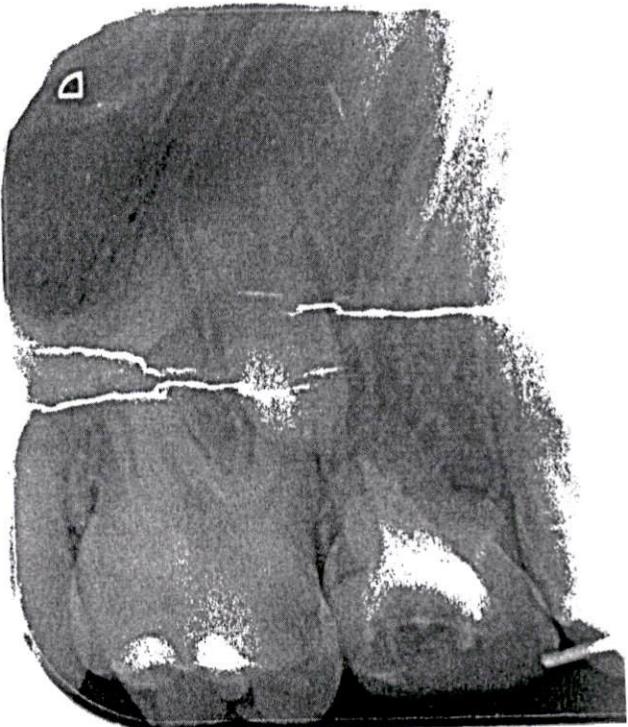
127, Avenue Mousa Sultan N° 5
Casablanca - Tél. 05 22 26 34 51

Patente: 34399522

55
TOUILE
YASMINE
dr samir
19/04/2024
BENFEDDOUL
18/07/2010



55
TOUILE
YASMINE
dr samir
19/04/2024
BENFEDDOUL
18/07/2010



Patente : 34399522
Casablanca - Tel: 05 22 26 34 54
127, Avenue Mers Sultan N° 5
Chirurgien Dentiste
Dr. BENFEDDOUL Samir

Docteur Samir BENFEDDOUL
Chirurgien-Dentiste

Casablanca le :

19-04-24

Patente : 34399522
ICE : 001674593000017
IF : 15184259
INP : 09410915

FACTURE *du 19-04-24*

Patient: *Touile Yasmine*

A réglé la somme de : *fruit couls durs*

Pour les soins suivants : *55 obturatiu comblan*

RBC

Dr. BENFEDDOUL Samir
Chirurgien Dentiste
127, Avenue Mers Sultan N°5
Casablanca - Tel: 05 22 26 34 54
Patient: 34399522

127 Avenue Mers Sultan 1^{er} étage N°5 Tel : 0522263454
E-mail : merycabinetdentaire@gmail.com