

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

- 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

W21-841963

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6862

Société : R A M R

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : FAIK Khalid

Date de naissance : 02-06-1965

Adresse : Hab. Lucie

Tél. : 0664775451 Total des frais engagés : 1000 dh

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08/03/2024

Nom et prénom du malade : FAIK INES Age : 21 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Lésions carieuses

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 : 08/03/24

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

W21-841963

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 : 6862

Nom de l'adhérent(e) : FAIK INES

Total des frais engagés : 1000 dh

Date de dépôt :

[illegible][illegible]

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | | |
|--|------|---------------------------------|---------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

[illegible]

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

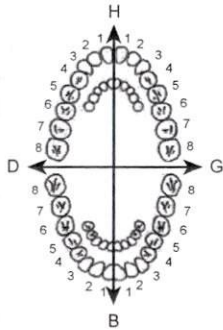
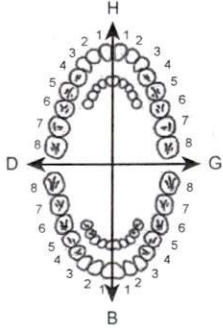
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

DUPLICATA

Important :

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

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | Montant des Honoraires | Coefficient DES TRAVAUX |
|---|--|---------------------|-------------|---------------------------|---|
|  | 25 | D700 | D10 | 300,00 | D10X3 |
| | 17 | D700 | D10 | 300,00 | MONTANTS DES SOINS |
| | 47 | D700 | D10 | 400,00 | 1000,00 |
| | | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | | 08/03/24 |
| | | | | | FIN D'EXECUTION |
| | | | | | 15/03/24 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | Coefficient DES TRAVAUX |
|  | <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>G</p> </div> </div> | | | | |
| | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> </div> <div> <p>Montant des Honoraires</p> </div> </div> | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr BOUZIA ADIL
Chirurgien Dentiste

AGADIR

Tél: +212528848866

ICE: 001640424000013
INP: 044025302
IF: 75763505
CNSS: 6360391

Clinique Dentaire
d'Agadir

Agadir : 15/03/2024

Note d'honoraire N°: 113F032024

DUPLICATA

Patient(e) : FAIK ines

| Date | Nom de l'acte | Code | Coeff. | Dent(s) | Montant |
|------------|-------------------------|------|--------|---------|-------------|
| 08/03/2024 | OBTURATION AU COMPOSITE | D700 | D 10 | 25 | 300,00 DH |
| 15/03/2024 | OBTURATION AU COMPOSITE | D700 | D 10 | 17 | 300,00 DH |
| 15/03/2024 | OBTURATION AU COMPOSITE | D700 | D 10 | 47 | 400,00 DH |
| TOTAL | | | | | 1 000,00 DH |

Arrêté le montant de la facture à la somme de :

Mille MAD

Signature du praticien