

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|------------------------------------|---------------------|
| 0 Réclamation | contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | adhésion@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 est affilié à la Caisse Nationale de Santé (CNS) et à la Mutualité Sociale Africaine (MSA) pour les prestations de soins et de réadaptation.



Déclaration de Maladie

N° W19-479125

24/26

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

7791

Société :

RATT

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

Date de naissance :

01/01/49

Adresse :

lots razanga 1 N° 46 A nfa
Rue ATIFIE casa

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs



Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

03/06/2021

Nom et prénom du malade :

Mme CHRAIBI HAKA

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

SEINS 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'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 : 1/1/2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-479125

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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 : 11111111

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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.

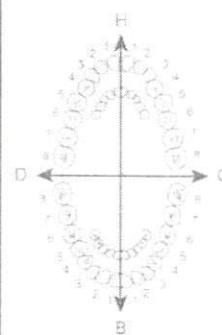
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est tenu de déposer la déclaration de la prestation et de joindre le relevé de facture.

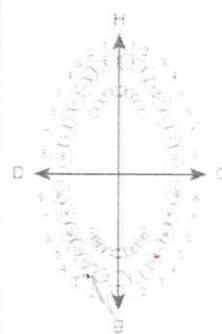
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement cariéto-dentaires, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
			INP : 084602110
			DETARTRAGE
			D 24



O.D.F PROTHESSES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G
05533412	01430162	
00000000	00000000	
05533411	11430563	
		B

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel. Thérapeutique nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DR. A. EL HAMID
Médecin Dentiste - Prostesseur
Médecin Dentiste - Prostesseur
18, Abdellatif El Khattabi
Gren - 06 69 90 16 54
Tel: 05 22 360 809 - 05 22 360 807

Clinique Dentaire Casablanca

Pr. Ali EL HAMID

16, Bd Abdelkrim Al Khattabi,

Val d'Anfa, Casablanca.

Tél : 0522360807/0522360890

Casablanca, le : 03/06/2021

Facture N° 854/2021

Facture

Reçu la somme de 500dhs (cinq cent dirhams) honoraires des soins dentaires effectués à Mme CHRAIBI Mahjouba.

Signé :


Dr. ALI EL HAMID
Dentiste Professionnel
Casablanca
16 Bd. Al Khattabi
Tél : 0522 360 807 / 0522 360 890


Dr. ALI EL HAMID
Dentiste Professionnel
Clinique Dentaire Casablanca
16 Bd. Al Khattabi
Casablanca
Tél : 0522 360 807 / 0522 360 890