

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.

Biologie 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.

Ordonnance :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Educations :

- 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.

Prothèse :

- 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

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

M22- N° 002124

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2727 Société : 111009

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : RHADBANE MESSAOUD

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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) :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture
Veuillez 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												
Coefficient des travaux <input type="text" value="D24"/>															
Montant des soins <input type="text" value="800,00 dh"/>															
Début d'exécution <input type="text" value="30/03/22"/>															
Fin d'exécution <input type="text" value="02/04/22"/>															
O.D.F. Prothèses dentaires															
	Détermination du coefficient masticatoire														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553
H		G													
25533412	00000000	21433552	00000000												
00000000	00000000	35533411	11433553												
Coefficient des travaux <input type="text"/>															
Montant des soins <input type="text"/>															
Date du devis <input type="text"/>															
Fin d'exécution <input type="text"/>															
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution													

Dr. IBTISSAM BEN HASSAN
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste
N° de l'INPE : 02402468



P 17 / 050646

DATE DE DEPOT

07/10/2022

A REMPLIR PAR L'ADHERENT			Mle 2727
Nom & Prénom RHAD BANE MESSAOUD			
Fonction Retraité		Phones 0661 961369	
Mail soagrece@gmail.com			
MEDECIN		Prénom du patient RHAD BANE MESSAOUD SAUD	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>		Age	
Nature de la maladie		Date 02/04/22	
Nature de la maladie Sin dentaires		Date 1ère visite 30/03/22	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes Détartrage			
Nbre de Coefficient D24		Montant détaillé des honoraires 800,00 dh	
PHARMACIE		Date	
Montant de la facture		Signature et cachet du Pharmacien	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
CACHET		CACHET	

Dr. IBTISSAM BEN HASSAN
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste
N° de l'INPE : 02402468

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N° P 17 / 050646			
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		Cachet MUPRAS	

Dr. Ibtissam BENHASSAN
Chirurgien Dentiste

الدكتورة إبتسام بنحسن
اختصاصية في جراحة
الأسنان

Kénitra, le 02/04/22 في القنيطرة

Dr. IBTISSAM BEN HASSAN
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste
N° de l'INPE : 024024580

Facture

* MR RHAD BANG TIE SAO D SAO D

Acte

⊗ Débrayage

colation

P24

montant payé

800,00 dh

facture antérieure le

de huit cents dix

Dr. Ibtissam BENHASSAN
Chirurgien Dentiste
97, bloc D, résl. Essadik, bureau A, Maghrib Al Arabi - Kénitra
Tel: 05 37 35 62 54 - GSM: 06 61 50 48 85