

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0006404

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10153 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Marhoun Lubir
Date de naissance : 06/03/1968
Adresse : 38, Rue Abou Mohab ELM arouni
Marrakech
Tél : 06 66 303 635 Total des frais engagés : # 455,20 # 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) :

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horlo
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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										
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	
	H													
	25533412	21433552												
00000000	00000000													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession														

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W18-359627	
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		



W18-359627

DATE DE DEPOT

30.10.2022

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 10153
Nom & Prénom <u>Marham Labir</u>		
Fonction : <u>Manager</u>	Phones.....	
Mail		
MEDECIN	Prénom du patient	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date
Nature de la maladie		Date 1ère visite
<u>Consultation dentaire</u>		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<u>Consulte</u>	<u>D10</u>	<u>200 dh</u>
PHARMACIE	Date <u>30.10.2022</u>	
Montant de la facture	<u>12160 dh</u>	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date :		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX Date :		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV

Dr. Khalid KADBAJ

Chirurgien Dentiste

DIPLOME DE LA FACULTE DE MEDECINE
DENTAIRE DE MAROC

39, Rue du Marché (Najit)

Téléph.: 25.84.08 - CASABLANCA

GSM : 06 64174486

الدكتور خالد قباج

طبيب جراحى للأسنان

خريج كلية طب الأسنان بالرباط

39، زنقة المارشي الماريف

الهاتف : 25.84.08 - الدار البيضاء

الهاتف : 0664174486

LOT: M0207
EXP: AVR 2024
PPV: 127,60 DH

le 30/5/2022.

LOT: M0213
EXP: MAI 2025
PPV: 127,60 DH

Fatima. Fatima. Narboun

127.60 x 2

① Josacim (25°)

3 c 2 dents / 11 07

255,20

Dr. KADBAJ KHALID
Chirurgien Dentiste
39, Rue du Marché
Tél: 25.84.08 - Casablanca

PHARMACIE DE LA MOSQUEE
Dr. NABIL
Docteur en Pharmacie
5, Rue de l'Atlas - Maârif Casablanca
Tél: 05.27 98 42 73