

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 canaux, 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 canaux.

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

- 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

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00683 Société : RAM. 128304
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ADUAD M. HAMED
Date de naissance : 11-12-1943
Adresse : 256 Bd DE BORDEAUX ETG 5
APPT 4°10 CASABLANCA
Tél. : 06 63 18 80 44 Total des frais engagés : 400,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Sahah BERRADA KABBAJ
Ophtalmologiste
223, Bd. Abdou Moumen - CASA
Tél : 0522 20 46 51 / 0522 20 67 71

Date de consultation : 30/08/2022
Nom et prénom du malade : ADUAD M. HAMED Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : affection rétinienne + dét. cataractaire
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 : 30/08/2022
Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Règlement des Actes
30/8 2022	2 + 12 Denture provisoire Denture définitive		400 Dh	Dr. Sabah BENHADA KABBAL Ophthalmo-ORL 223, Bd. Abdou Moumouni Tél.: 0522 20 86 51 / 0522 20 67 71

RES

Cachet et signature du Médecin attestant le Règlement des Actes

Dr. Saban BERKADA KABBAJ
Ophtalmologiste
273, Bd. Abd. Karim
Tél.: 0522 20 06 51, 0522 20 67 71

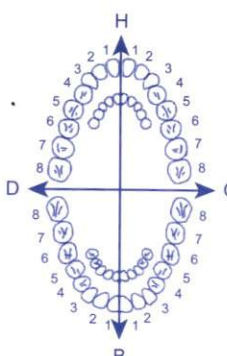
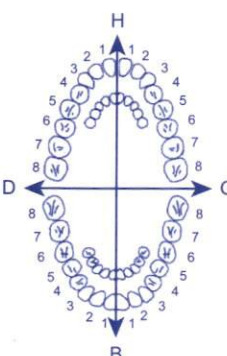
[illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

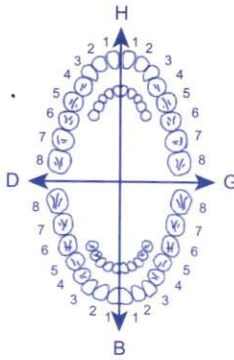
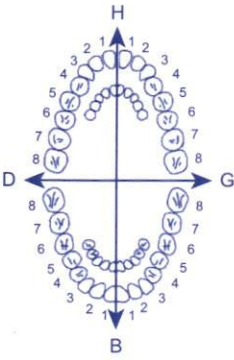
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																			
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																			
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																			
	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">25533412 21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">00000000 00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; text-align: center;"> <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> </td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>					H			25533412 21433552			00000000 00000000		D	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>	00000000	00000000	35533411	11433553	G		B	
		H																					
		25533412 21433552																					
		00000000 00000000																					
	D	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>	00000000	00000000	35533411	11433553	G																
	00000000	00000000																					
	35533411	11433553																					
		B																					
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																						
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																			
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<div><div>H</div><table><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>D</td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td></td><td>B</td></tr></table></div>			25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553		B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
		B														
	<div><div>[Création, remont, adjonction]</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION