

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.

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.

N° W21-724769

130552

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)
Matricule : 12546 Société : RAN

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : El FAIZ Mohammed

Date de naissance : 02/11/1986

Adresse : 256 Bd Ibnou Sina Itay El Hamal

Casablanca

Tél. : 0661 63 6737 Total des frais engagés : 300 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Mouna LEHLI
Professeur de Radiologie / Néonatalogie
09101035

Date de consultation : 26/07/2022

Nom et prénom du malade : EL FAIZ RANIA Age : 33

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : gingivitis

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

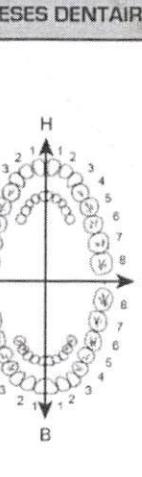
Signature de l'adhérent(e) : J.F.A

Le : 30/07/2022

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
26/11/2022	G		30000	INP : [REDACTED] Signature : [REDACTED]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																																																	
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																																																	
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																																																	
	SOINS DENTAIRES <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																											INP : <input type="text"/>		
		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																													
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																																																	
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																																	
DEBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>																																																	
FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>																																																	
	O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>H</td> <td>25533412 21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2">[Création, remont, adjonction]</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</td> </tr> <tr><td colspan="2"></td></tr> </tbody> </table>	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE		H	25533412 21433552	D	00000000 00000000	B	35533411 11433553	G		[Création, remont, adjonction]		Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																	
		DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																																															
		H	25533412 21433552																																														
		D	00000000 00000000																																														
		B	35533411 11433553																																														
		G																																															
		[Création, remont, adjonction]																																															
		Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																															
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																																	
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																																																	
DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>																																																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																																																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																																																	