

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

M23- N° 0032199

REC

Annulé
Remplacé

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 10605 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KHABIRI PHY MIND

Date de naissance : 15-03-78

Adresse : RUE 3 N° 101 LOTISS. CASABLANCA

Tél. : 0661285374 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cachet du médecin :

الدكتور بوسيفة محمد
Docteur BOUSFIHA Mohammed
Chirurgien Dentiste
2, Place Pont à Mousson, 1er étage
CASA - Tél. : 022 27 26 42/26 48 70

Date de consultation : 05/12/2023

Nom et prénom du malade : Dr. Khabiri Phy Mind Age : 45

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Dentiste

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 un emblème de confidentialité 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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M23- N° 0032199

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

120, 130, 140

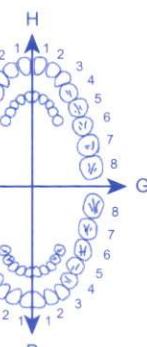
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.E PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <i>جعور ابو محمد</i> H 255334121 24103551 D 00000000 00000000 B 80000000 00000000 A 00000000 00000000 C 00000000 00000000 Chirurgien Dentiste 309941 0100000000 Mousson, 1er étage 022 27 26 42/28 48 73 Tél. 022 27 26 42/28 48 73 2. Place ASA Tel. 022 27 26 42/28 48 73	COEFFICIENT DES TRAVAUX <i>جعور ابو محمد</i> H 255334121 24103551 D 00000000 00000000 B 80000000 00000000 A 00000000 00000000 C 00000000 00000000 Chirurgien Dentiste 309941 0100000000 Mousson, 1er étage 022 27 26 42/28 48 73 Tél. 022 27 26 42/28 48 73	<i>180x2 et 980x4 14000, Hs</i>
<i>cof de 3</i> 		<i>[Création, remont, adjonction]</i> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
		<i>Indy core A7 + base 2g CCM 2m 15/16/17</i>		<i>DATE DU DEVIS</i> <i>05.12.2022</i>
		<i>CCM 2m 15/16/17</i>		<i>DATE DE L'EXECUTION</i>

2 Place Paul Mousset
63220 CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
CHIRURGIEN Dentiste
Bousfia Moudahmed

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتور بوصفيحة محمد
Docteur BOUSFIHA Mohammed
Chirurgien Dentiste
2. Rue Paula Moussem, 1er étage
CASA - Tel. 022 27 26 42/26 48 70

R x av ✓

