

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.

M22- 0030909

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4470 Société : R.A.N 188115

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : S.A-I A.G.H Rebsouane

Date de naissance : 03/03/1960

Adresse : Village Pilote Rue Tunisie N°28 DAR Bouazza

Tél. : 05 22 20 45 45 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr TOUIJAR Rachid
Chirurgien Dentiste
Angle Bd Abderrahmane et Rue
d'Azemmour N°6 - Casablanca
Tél : 0522 90 98 35/0522 91 50 89

Date de consultation : 25/12/2023

Nom et prénom du malade : S.A-I A.G.H Rebsouane Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : ADOL et post opératoire Leucémie

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

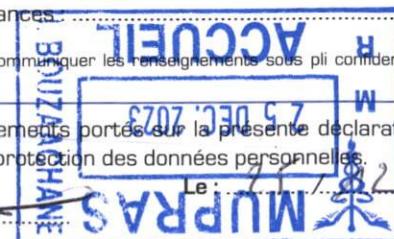
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Casablanca Le : 25/12/2023

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0030909

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 - RADIGRAPHIES

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

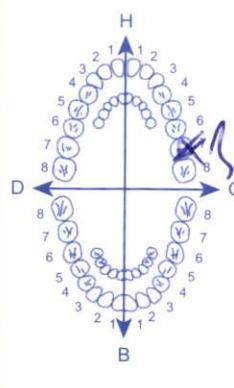
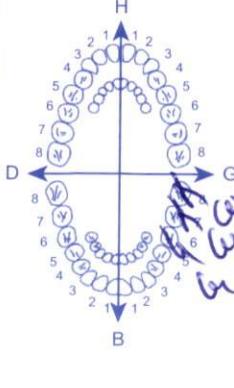
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

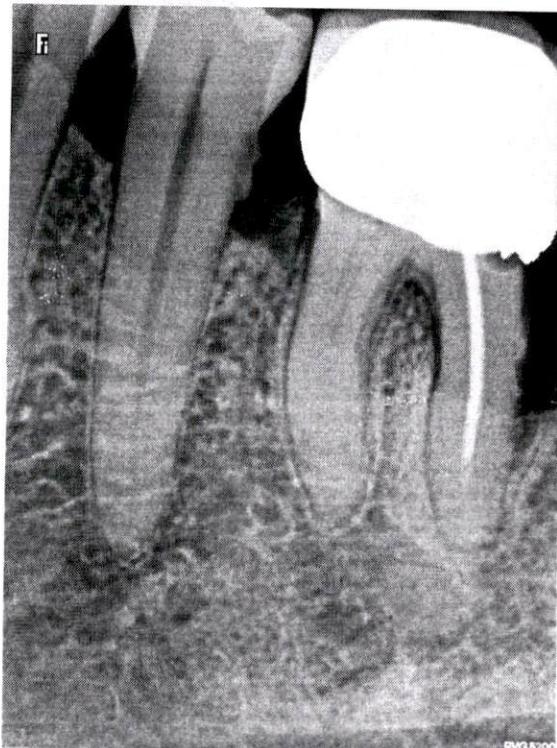
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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
	H 1 2 3 4 5 6 7 8 D 8 7 6 5 4 3 2 1 G B 1 2 3 4 5 6 7 8 H 1 2 3 4 5 6 7 8	27 <i>Alus bleue</i> 2,5 <i>Malaise</i> 1,5 <i>(2ndaries)</i>	D 34	810,-
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H 1 2 3 4 5 6 7 8 D 8 7 6 5 4 3 2 1 G B 1 2 3 4 5 6 7 8 H 1 2 3 4 5 6 7 8	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	10.800,-
			3 Cey 36-X-38 D 34	25/11/23
DATE DU DEVIS	DATE DE L'EXECUTION	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION		
		Dr TOUJAR Rachid <i>Praticien Dentiste</i> Angle Bd Abderrahmane et Rte d'Azemmour N°6 • Casablanca Tél : 0522 90 98 35 / 0522 91 50 89		

~~Dr TOUIJAR Rachid
Chirurgien Dentiste
Angle Rd Abderrahmane et Rte
d' Azenmour Rd Casablanca
Tél: 0522 90 98 35/0522 91 50 89~~





Lin

Dental Imaging Software V6, 14, 6, 3