

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, époux, 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 rééducation.
- 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 une fois par an.

Adresses Mails utiles :

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pe@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 Alal Ben Abdallah - Birme Elagel Angle Rue Mohamed V et Rue Alal Ben Abdallah - Quartier de l'Harouge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (lgr) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

W21-851139

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

202908

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Centre Dentaire E. El Smir
Dr. Elmi Badr / Chirurgien Dentiste
Rue Smart Business Center NR 23
Lot Assakane Al Moussawar Bd Haha
Eto 1 - Casablanca
Tél : 05 22 20 45 45 / 06 51 51 54 56

Date de consultation :

18/04/2021

Age :

Nom et prénom du malade :

Z. R. N. E. H. Henda

Enfant

Lien de parenté :

Luimême

☐ Conjoint

Nature de la maladie :

Dentaire

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

W21-851139

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 :

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

RELEVÉ 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	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	
					COEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DÉBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 25533411 21433552 B				COEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS
	Coulonne céramo				DATE DE L'EXECUTION
	céramique (ccc)				
	200				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Centre Dentaire Enn Smile
Dr. Samir Boukhalil
Rd. Smart Building - Bd Houla
Lot Assikane Al Madinat
Tél : +casablanca
ou 06 52 85 66 06 51 51 54 56

SS
ZRINEH HOUDA 18/04/2024 Bilan FMS



Rx 25

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important:

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'occlusion.

[illegible]

O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

PROTHÈSES DENTAIRES

H	
253334112	514335932
000300009	000000000
D	G
000000009	000000000
355034111	114335933
B	

COEFFICIENT DES TRAVAUX

1) 200

MONTANTS DES SOINS

3200

[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique, nécessaires à la profession	Montant des Honoraires
Caoutchouc céramique	3200
caoutchouc (CCC)	200

DATE DU DEVIS

18/04/18

DATE DE L'EXECUTION

Centre Dentaire Chai Smile
Drs. Chai Smile et Chai Smile
VIA ET DACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
M. Smart Bu
Lot Amandine Alphonsewar 80 Hano
Fig 1 - Casablanca
09 09 52 83 66 06 51 51 54 56

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION