

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

- 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



Déclaration de Maladie

N° W19-431680

BS

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04930

Optique

Autres

RAM

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BA BA HASSAN

Date de naissance :

27/03/66

Adresse :

14 h tel

Tél. : 0666199819

Total des frais engagés : 300 Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR. OUALIDI Said

Chirurgien Dentiste
54, Angle Bd. Bouchaïb Doukkali
et Rue Rahali El Farouki - Souk Laknay
Sidi Maârouf "3" - Casablanca
Tél. 05 22 28 08 38 / 027 21 56 11

Cachet du médecin :

Date de consultation :

9/11/2019

Nom et prénom du malade :

BA BA HASSAN

16 SEP. 2019

Lien de parenté :

lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Extraction dentaire

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) :

Le : 11/09/19

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-431680

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 : 4930

Nom de l'adhérent(e) : BA BA HASSAN

Total des frais engagés : 300

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
				INP : <input type="text"/>

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 Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

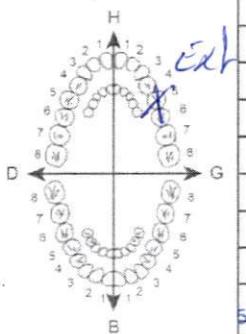
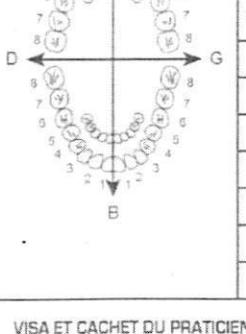
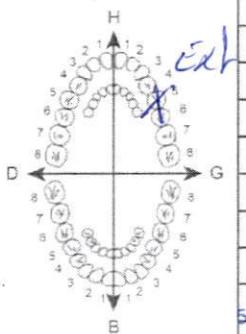
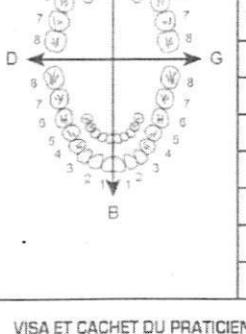
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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	INP : <input type="text"/>
	25	ext	96	
				
DR. OUALIDI Said Chirurgien Dentiste 54, Angle Bn Bouchairi Doukali et Rue Rahali El Farouki - Sidi Laknaa Sidi Maârouf 3 ^e Casablanca Tel 05 22 28 08 38 / 027 21 56 11				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
DR. OUALIDI Said H 26533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 36533411 11423553 G B				
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
				
				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				
DR. OUALIDI Said Chirurgien Dentiste 54, Angle Bn Bouchairi Doukali et Rue Rahali El Farouki - Sidi Laknaa Sidi Maârouf 3 ^e Casablanca Tel 05 22 28 08 38 / 027 21 56 11				

DR. OUALIDI Said
Chirurgien Dentiste
54, Angle Bd. Souchaib Doukali
et Rue Rahali El Farouki - Souk Laknaa
Sidi Maârouf "3" - Casablanca
Tél. 05.22.28.08.38 / 027.21.56.11

Le: 11/09/19

ORDONNANCE

150 Transf Padima

Reçus

La somme de 7000 cent dinars
pour les soins dentaires

DR. OUALIDI Said
Chirurgien Dentiste
54, Angle Bd. Souchaib Doukali
et Rue Rahali El Farouki - Souk Laknaa
Sidi Maârouf "3" - Casablanca
Tél. 05.22.28.08.38 / 027.21.56.11

DR. OUALIDI Said
Chirurgien Dentiste
54, Angle Bd. Souchaib Doukali
et Rue Rahali El Farouki - Souk Laknaa
Sidi Maârouf "3" - Casablanca
Tél. 05.22.28.08.38 / 027.21.56.11

DR. OUALIDI Said
Chirurgien Dentiste
54, Angle Bd. Souchaib Doukali
et Rue Rahali El Farouki - Souk Laknaa
Sidi Maârouf "3" - Casablanca
Tél. 05.22.28.08.38 / 027.21.56.11

Dr. OUALIDI SAID

Chirurgien Dentiste

54, Angle Bd. Bouchaïb Doukali
et Rue Rahali El Farouki
Souk Lakriaa Sidi Maârouf 3
Casablanca
Tél.: 05 22 28 08 38
GSM : 06 66 10 47 84

الدكتور سعيد الوليد

طبيب جراحي للأسنان

54 ، زاوية شارع أبو شعيب الذهبي

زنقة الرجالي الفاروقى

سوق القرىعة سيدى محرف 3

الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 28 08 38

البيضاء في ١٦٢٩١٩
Casablanca, le

٢٠١٣ مرسى فادي

→ Bidontogyl

١٢٠

ل.ج.

→ Molgam 200 mg

١٢٠

ل.ج.

Aclav 1 g

Bétastène

Dolostop

Omiz

Dr. OUALIDI Said

Chirurgien Dentiste

54, Angle Bd. Bouchaïb Doukali

et Rue Rahali El Farouki - Souk Lakriaa

Sidi Maârouf "3" - Casablanca

Tél : 05 22 28 08 38 / 027 21 56 11