

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 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 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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

RL

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : Matricule : 04980 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BA BA HASSAN

Date de naissance : 07/03/64

Adresse : H. Intelle

Tél. : 0666199819 Total des frais engagés : 300 Dhs

Cadre réservé au Médecin : DR. OUALIDI Said
Chirurgien Dentiste
54, Angle Bd Boucharb Doukhal
et Rue Rahali El Farouki - Souk Laknani
Sidi Maârouf "3" - Casablanca
Tél. 05 22 28 08 35 / 027 21 56 11

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/09/19

Nom et prénom du malade : Transif Badina

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 Le : 10/09/19

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

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 : 4980

Nom de l'adhérent(e) : BA BA HASSAN

Total des frais engagés : 300

Date de dépôt :

[illegible][illegible][illegible]

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

* 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 canaux, ainsi que le bilan de l'O.D.F.																
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
	23	ext	26													
INP : 094216458																
COEFFICIENT DES TRAVAUX			26													
MONTANTS DES SOINS			30024													
DEBUT D'EXECUTION																
FIN D'EXECUTION			11/01/19													
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<p>H</p> <table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>30533411</td> <td>11423553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Creation, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	30533411	11423553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	30533411	11423553														
	B															
			MONTANTS DES SOINS													
			DATE DU DEVIS													
			DATE DE L'EXECUTION													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DR. OUASSI Saïd
Chirurgien Dentiste

54, Angle Boul. Bouchaïb Boukali
et Boul. Kharit El Farouk - Sidi Laknaa
Sidi Maarouf - Casablanca

Tél. 05.22 28 08 38 / 027 21 56 11

DR. OUALIDI Said
Chirurgien Dentiste
54, Angle Bd. Boucharb 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

M. Mousif Radina

Reçu :

La somme de Trois cent dix euros
pour les soins dentaires

DR. OUALIDI Said
Chirurgien Dentiste
54, Angle Bd. Boucharb Doukali
et Rue Rahali El Farouki - Souk Laknaa
Sidi Maârouf "3" - Casablanca
Tél 05.22 28 08 38 / 027 21 56 11

10 SEP. 2019

BPR
D6
[Signature]

Dr. OUALIDI SAID

Chirurgien Dentiste

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

الدكتور سعيد الوليدي

طبيب جراحي للأسنان

54 ، زاوية شارع أبو شعيب الدكالي
زنقة الرجالي الفاروقي
سوق القريعة سيدي معرف 3
الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 28 08 38

Casablanca, le 11/09/2019 البيضاء في

Monsieur Fading

→ Bidontogyl

1 p

2 p.

→ Molgam 200 mg

1 p

3 p.

Aclav 1 g

Bétastène

Dolostop

Omiz

DR. OUALIDI SAID

Chirurgien Dentiste

54, Angle Bd. Bouchaïb Doukali
et Rue Rahall El Farouki - Souk Lakriaa
Sidi Maârouf "3" - Casablanca
Tél. 05 22 28 08 38 / 027 21 56 11