

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.

Biologie 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.

Educations :

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.

Prothèse 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

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° P19-0035233

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6713 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HAJOUARDA FATIMA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 N° P19-035233 27 SEP. 2019

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Matricule :

Il sera nécessaire de le présenter pour toute Nom de l'adhérent(e) :

réclamation ultérieure. Total des frais engagés :

Coupon à conserver par l'adhérent(e). Date de dépôt :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des																			
	26	Qualité D6 RNG		D6																			
				Montant des soins																			
				300																			
				Début d'exécution																			
				24/06/19																			
				Fin d'exécution																			
				24/06/19																			
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux																			
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553			Montant des soins
H		G																					
25533412	21433552																						
00000000	00000000																						
00000000	00000000																						
35533411	11433553																						
	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis																			
	27 SEP. 2019			Fin de																			

Accueil Siege / Nam

Dr Miryam BELGNAOUI
CHIRURGIEN DENTISTE
Je de Nor. Jie :
Ang Maarit



W18-404481

DATE DE DEPOT

27/09/2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 6713
Nom & Prénom		HAJOUARDA FATIMA
Fonction	Phonies	2431
Mail		
MEDECIN		
Prénom du patient		
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>
Age	28/04/60	
Date	24/06/19	
Nature de la maladie		Date 1ère visite
Soins Dentaires		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
RNG	D6	300
PHARMACIE		
Date		
Montant de la facture		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		
Date :		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		
Date :		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV

Dr Miryam BELGNAOUI
CHIRURGIEN DENTISTE
Je de Nor. Jie :
Ang Maarit

Chirurgien-Dentiste

Diplômée de la Faculté de Chirurgie Dentaire
de Montpellier

Sur rendez-vous

FACTURE

Pat : 35704627 - ICE: 001848153000064

I.F. : 40710384 - CNSS : 2588632

M^{me} HASSOUARDA FATIMA

Bien reçue la somme de
300 DH (Trois cents Dirhams)
pour le soin effectué

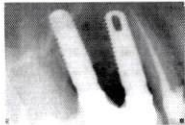
Dr Miryam BELGNAOUI
CHIRURGIEN DENTISTE
Ang. de Normandie
Majali Maârif
0322 22 22 22
INCA

Examen dentaire CDR Dicom

FONA

Nom : HAJOUARDA Date d'examen : 31/05/2019
Prénom : FATIHA Description : BOUCHE ENTIERE (18)
ID patient 2393 Commentaires :

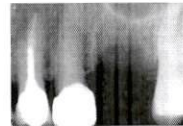
Créé le 24/06/2019 par Anonyme à l'aide de CDR Dicom par Schick Technologies, Inc



31/05/2019



31/05/2019



31/05/2019



24/06/2019



10/06/2019

↑
RVG
Dr Miryam BELGNAOUI
CHIRURGIEN DENTISTE
Ang de No...
Maj... Maarif...
... 1984 ...
... ANCA