

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7722 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : WARDINE FATHIA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 068.42.74.69 Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



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

Nom et prénom du malade : Wardine FATHIA 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 ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° P19-035238EP. 2019

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

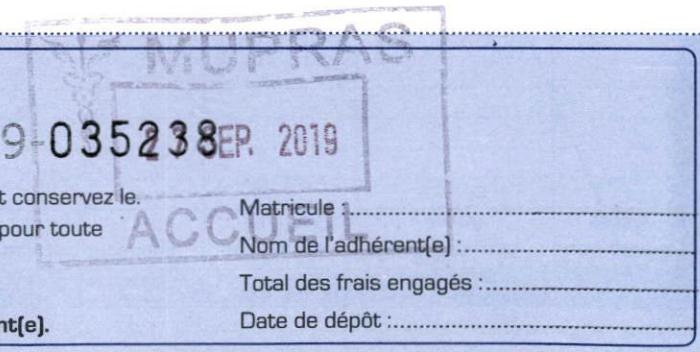
Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

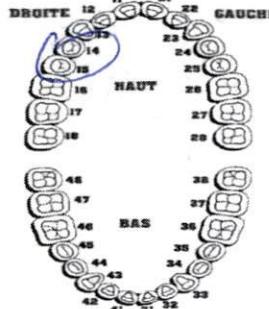
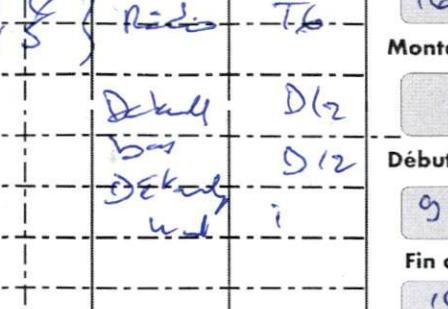
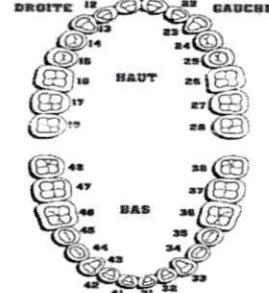
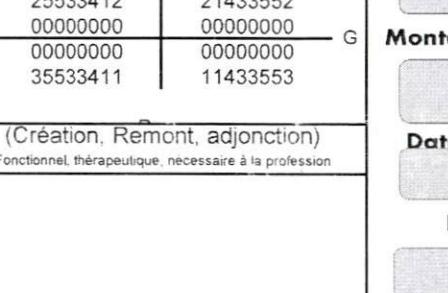


SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des T6 + D2x
		14, 15	Radix	T6	
		15		D12	600
		Bas	Dekal	D12	
		u-1	i		
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux
		D	H	G	
25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553				
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession					

Vise et cachet du praticien
attestant le devis

Dr. Yakoubi SOUSSANE
EL ABED du praticien
Chirurgien Dentiste
Date de l'exécution
tel: 05.22.93.50.55

A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mle 7720

Nom & Prénom **WARDINE**

Fonction: **Fatima** Phones: **668.42.74.69**

Mail: **Fwardine.Grandjean@orange.com**

MEDECIN Prénom du patient **WARDINE**

Adhérent Conjoint Enfant Age

Nature de la maladie

Sous Jules

27 SEP. 2010

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Accueil

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
Radix	T6	200
Déballage	D12	200
Recas	D12	200
		600

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

Signature de
l'adhérent
Signature de
l'adhérent

Yakoubi SOUSSANE
El ABED
Chirurgien Dentiste
Tel: 05.22.93.50.55

Yakoubi SOUSSANE
El ABED
Chirurgien Dentiste
Tel: 05.22.93.50.55

Signature et
cachet du
Pharmacien

CACHET

CACHET

Casablanca, Le : 2019- 7-15

Nom Du Patient : **Wardine Fatiha**

Facture

Dent N°	Traitemet à effectuer	Coefficient	Honoraires
14-15	Consultation radiographie	T6	200
	Détartrage haut	D12	200
	Détartrage bas	D12	200
Total			

Le montant de soins s'élève à 600 dhs.

Radiographie



Dr. Yakoubi SOUSSANE
EL ABED
Chirurgien Dentiste
Tel: 05.22.93.50.55