

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.

Education :

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.

Maladie chronique :

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

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° P19-0048588

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 5571 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHAFI ABDELKATIF

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 : 0-00h

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

Nature de la maladie : ACCUEIL

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° P19-048588

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 :

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																					
		<p>Cellement</p> <p>Dr. Mariam FASSI HALFAOUI</p> <p>Médecin Dentiste</p> <p>B. AV. EL ANASSER CHARIKAB</p> <p>TELEPHONE TEL: 0539721858</p>	<p>D30</p> <p>Montant des soins</p> <p>300,-</p> <p>Début d'exécution</p> <p>22/08/19</p> <p>Fin d'exécution</p> <p>22/08/19</p>	<p>Coefficient des travaux</p> <p>Montant des soins</p> <p>Date du devis</p> <p>Fin de</p>																					
					<p>O.D.F. Prothèses dentaires</p> <p>Détermination du coefficient masticatoire</p> <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>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>(Création, Remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>					H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		
					<p>O.D.F. Prothèses dentaires</p> <p>Détermination du coefficient masticatoire</p> <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>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>(Création, Remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>					H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		
					<p>O.D.F. Prothèses dentaires</p> <p>Détermination du coefficient masticatoire</p> <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>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>(Création, Remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>					H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		
<p>O.D.F. Prothèses dentaires</p> <p>Détermination du coefficient masticatoire</p> <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>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>(Création, Remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>					H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553							
H		G																							
25533412	21433552	00000000	00000000																						
00000000	00000000	00000000	00000000																						
35533411	11433553																								

Visa et cachet du praticien	Visa et cachet du praticien
-----------------------------	-----------------------------

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W18-339722	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<p>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</p> <p>Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle</p>		



W18-339722

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 5575	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom		Rachida Benbarki	
Fonction :		Phones :	
Mail :			
MEDECIN		Prénom du patient	
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie		Date	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		Date 1ère visite	
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
PHARMACIE		Date	
Montant de la facture		Signature et cachet du Pharmacien	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

Dr. Mariam FASSI HALFAOUI

Médecin Dentiste

Diplômée de la faculté de médecine
dentaire de Grenade



Cabinet Dentaire

د.مريم الفاسي الحلفاوي

طبيبة الأسنان

خريجة كلية طب الأسنان بغرناطة

Tétouan, le 22/08/2019

NOTE D'HONORAIRES N°61/2019

NOM : BENBAKKI RACHIDA

MUTUELLE :MUPRAS

Soins exécutés :

DENT	TRAITEMENT	MONTANT
	CELLEMENT BRIDGE 5 ELEMENTS	300
		300

Cette note d'honoraires est arrêtée à la somme
de TROIS CENTS DIRHAMS.

Dr. Mariam FASSI HALFAOUI
Médecin Dentiste
252 B. Av FAR RES CHARIKA B
APT 6 TETOUAN TEL: 0539721858