

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

optique :

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

éducation :

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 canalaire, 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 canalaire.

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 5571 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

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 ADHÉRENT

Déclaration de maladie

Nº P19-048588

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

Coupon à consigner 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'ODT.

SOINS DENTAIRES

DENTS SÉPARÉES		Traitées	des soins	Document
 <p>DROITE 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 HAUT 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 BAS 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 Dr. MARIAM FASSI HALFAOU B. AYEAH RIZZI CHARIKAB TEL: 0539721858</p>				

O.D.F.
Prothèses dentaires

	masticatoire <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">D</td> <td style="width: 50%; padding: 5px; text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>	D	H	00000000	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	des travaux Montant des soins Date du devis Fin de
D	H											
00000000	21433552											
00000000	00000000											
00000000	00000000											
35533411	11433553											
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession												

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



W18-339722

DATE DE DÉPÔT

1 /201

A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT

ile 5575

Nom & Prénom Kachida Benbakkil

Fonction : Phones.....

Mail

MEDECIN

Prénom du patient

Adhérent Conjoint Enfant

Nature de la maladie _____

Date 1ère visite

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

Nature des actes | Nbre de Coefficient | Montant détaillé des

ANSWER

POLYCLINIQUE DE LA CÔTE D'OPALE - PHARMACIE

Montant de la facture

ANALYSES RADIOGRAPHIQUES

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



د.Mariem الفاسي الحلفاوي

طبيبة الأسنان

خريجة كلية طب الأسنان بفرنسا

Tétouan, le 22/08/2019

NOTE D'HONORAIRES №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