

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.

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

~~Acte 00003~~
6181 RB/D

Déclaration de Maladie : N° P19-0020242

 Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 1987 Société :

 Actif Pensionné(e) Autre :

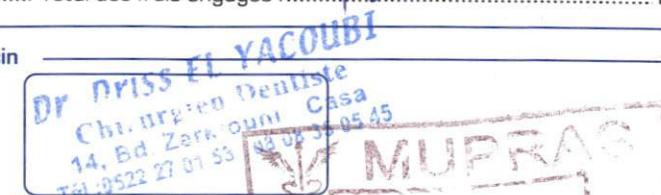
Nom & Prénom : ZNIBEN Abd Date de naissance : 9-5-50

Adresse : Bd. de la G.V. Cinture Ros. Elmenzeh 3 m'dzab

Tél. : 06 61 31 02 18 Total des frais engagés : 4.000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08/08/19

Nom et prénom du malade : ZNIBEN Abd Age : 69

Lien de parenté :

 Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Ibrahim Debbache

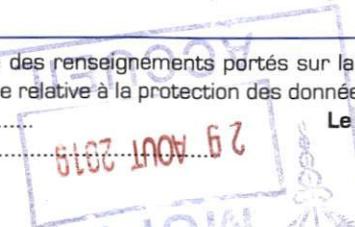
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) :



RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient

Aucun travail effectué
Montant des soins : 0,00
Début d'exécution : 00/00/00
Fin d'exécution : 00/00/00

Coef de 0,920
Rx après 45

O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
	<p style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B </p> <p style="text-align: center;"> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession </p> <p style="text-align: center;"> <u>Dr. YACOUBI</u> <u>Ic + ccm 41</u> <u>280 + 18 = 298</u> </p>	

Coef de 0,920
Montant des soins : 0,00
Date du devis : 08/10/19
Date de l'exécution : 14/10/19

DR. YACOUBI - Dentiste
14, Bd Zerkouni - Casablanca
Tél: 0522 27 01 53 / 08 08 35 05 45

Dr. YACOUBI - Chirurgien Dentiste
14, Bd Zerkouni - Casablanca
Tél: 0522 27 01 53 / 08 08 35 05 45

Docteur Driss El Yacoubi

Chirurgien Dentiste

Diplômé de l'U.E.R.
d'Odontologie de Toulouse

SUR RENDEZ-VOUS

الدكتور دريس اليعقوبي

طبيب جراحي للأسنان

خريج كلية الطب للأسنان بتولوز

بالميعاد

Casablanca, le

12/10/19

الدار البيضاء، في

FACTURE

Concernant M

Mr. Wilson John J.

Pour soins effectués du

11/10/19 au 12/10/19

Soins Dentaires :

Prothèses Dentaires :

4500 درهم

Total

Acompte

Reste

A votre aimable règlement

14. شارع الزرقطوني - الدار البيضاء - الهاتف : 08 08 35 05 45 / 0522 27 01 53

14, Bd. Zerkouni - (1er étage) - Casablanca - Tél. : 0522 27 01 53 / 08 08 35 05 45 - ICE : 001681923000084

INP : 0094009297 - E-mail : drelyacoubi@hotmail.com