

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.

Radiologie 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.

Rééducation :

- 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 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La 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° W19-443891

6668

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

7368

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

OUAKKADI HOUSSNI

Date de naissance :

04-10-67

Adresse :

23 LTS HAJ FATEH OULFA CASABLANCA

Tél. :

0668863944

Total des frais engagés :

700,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. MOUAQIT Khalid
75 Bd. M'hamed Youssef
Casablanca
Tél: 0522.26.41.01/0522.20.90.15

29 OCT. 2019

Date de consultation :

06/09/19

Nom et prénom du malade :

OUAKKADI Hamza

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

S. dentaires

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 :

ASB

Le : 06/10/19

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-443891

29 OCT. 2019

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
.....	INP : <input type="text"/>
.....
.....

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
.....
.....
.....

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
.....
.....
.....

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
.....	
.....	
.....	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	IN
<i>Facture</i>	094009842

COEFFICIENT DES TRAVAUX	D24
.....

MONTANTS DES SOINS	#7000
.....

DEBUT D'EXECUTION	29/08/99
.....

FIN D'EXECUTION	06/09/99
.....

COEFFICIENT DES TRAVAUX	29/08/99
.....

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	06/09/99
.....

COEFFICIENT DES TRAVAUX	06/09/99
.....

MONTANTS DES SOINS	06/09/99
.....

DATE DU DEVIS	06/09/99
.....

DATE DE L'EXECUTION	06/09/99
.....

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	06/09/99
.....

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	06/09/99
.....

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	06/09/99
.....

DR MOUAQIT KHALID

Dr d'Etat en Medecine Dentaire

Diplomé de la Faculté de Medecine

Dentaire de Monastir

PATENTE: 30200023

I F: 40200115

I C E : 001677888000001

Casablanca, le 06/09/2019

FACTURE

La note d'honoraire des soins dentaires effectués à l'enfant OUAKKADI Hamza s'élève à Sept Cent dirhams (700 DH).

Dr. MOUAQIT Khalid
75 Bd. Moulay Youssef
Casablanca
Tél: 0522.26.41.01/0522.20.90.15

*75, Bd Moulay Youssef – Tel : 0522-26-41-01/0522-20-90-15-
casablanca*