

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 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

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° W19-442537

6652

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12632 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : MOSLEH SALMA

Date de naissance : 02-12-88

Adresse : LA PERLE DE NOUACER 2 IMM 6 APP 10 CASABLANCA

Tél. : 0662051483 Total des frais engagés : 600.00 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 : CASABLANCA

Le : 29 / 10 / 19

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

RELEVÉ 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
PHARMACIE MOUACEUR PARC Tél : 05.22.53.72.32	11/10/19	12190

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 094164290	
	—	Denture	24	COEFFICIENT DES TRAVAUX 224	
	—	Denture			600.00
	—	Denture			
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	224
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	600.00
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	15/10/19
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	15/10/19
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	15/10/19
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	15/10/19
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	15/10/19
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	15/10/19
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	15/10/19
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	15/10/19
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	15/10/19
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	15/10/19
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	15/10/19
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	15/10/19
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	15/10/19
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	15/10/19
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	15/10/19
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	15/10/19
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	15/10/19
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	15/10/19
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	15/10/19
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	15/10/19



Esthétique dentaire
Implantologie
Parodontologie
Orthodontie
Pédodontie
Prothèse
Blanchiment
Soins
Laser
Radiologie
Scanner

Casablanca, Le

11/10/19

MOSLEH SALMA

85.95

PAROEX (gel dentifrice)
Brossage 3*/jr après repas

85.95

PAROEX : (BB)
3*/jr en rinçage après chaque brossage pdt 7 jrs

177.90



PHARMACIE
VOUACEUR PARC
Tél : 05 22 53 72 32

Dr Fouad AHERRAKI
Chirurgien Dentiste
Clinique Dentaire - LA COLLINE
441, La Colline - Casablanca
Tél : 05 22 73 76 96 / 05 22 73 44 44