

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

- Reclamation : 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



Heur + Rk

Déclaration de Maladie : N° P19- 0011914

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9065 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : JELLOUL SARA Date de naissance : 11.04.09

Adresse : N°46 Rue des Palmiers SARA

Tél. : 0661 06 46 92 Total des frais engagés : 300,00

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15/10/2019

Nom et prénom du malade : Jelloul Sara Age :

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

Nature de la maladie : Soins chirurgicaux

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 n'ai pas pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 29/10/19

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19- 0011914

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 : 9065

Nom de l'adhérent(e) : JELLOUL

Total des frais engagés : 300

Date de dépôt : 29.10.19

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	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.

RELEVÉ 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																						
	63	extrad	D ₉	COEFFICIENT DES TRAVAUX D₁₈																					
	53	extrad	D ₉	MONTANTS DES SOINS 300.000																					
				DEBUT D'EXECUTION 15-10-19																					
				FIN D'EXECUTION 21-10-19																					
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td>B</td> </tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B		B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B		B																						
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS 																					
				DATE DU DEVIS 																					
			DATE DE L'EXECUTION 																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur NJA Achraf

Chirurgien Dentiste

Ex. Chirurgien dentiste des FAR

Lauréat de la FMDC

Orthodontie

Implantologie

Occlusodontie



الدكتور انجي أشرف

طبيب جراح للأسنان

طبيب سابق بالقوات المسلحة الملكية

خريج كلية طب الأسنان بالبيضاء

تقوم اعوجاج الأسنان

زرع الاسنان

علم الأسنان التطبيقي

Casablanca, le 21-10-2019 في الدار البيضاء،

Belkacem Sora

Facture

dent	acte	Nomencl.	montant
63 53	extrad	D9 D9	300,00 dh

Dr. NJA ACHRAF
Chirurgien Dentiste
522, Av. Al Khalil Hay Moulay Abdallah 1^{er} Étage - Casablanca - Tél.: 06.91.12.95.95

522, شارع الخليل حي مولاي عبد الله الطابق الأول - البيضاء - الهاتف : 06.91.12.95.95
522, Av. Al Khalil Hay Moulay Abdallah 1^{er} Étage - Casablanca - Tél.: 06.91.12.95.95

Docteur NJA Achraf

Chirurgien Dentiste

Ex. Chirurgien dentiste des FAR

Lauréat de la FMDC

Orthodontie

Implantologie

Occlusodontie



الدكتور انجي أشرف

طبيب جراح للأسنان

طبيب سابق بالقوات المسلحة الملكية

خريج كلية طب الأسنان بالبيضاء

تفويص اعوجاج الأسنان

زراعة الأسنان

علم الأسنان التطبيقي

Casablanca, le 21/10/2019

Jelloul Sara



Dr. NJA ACHRAF
Chirurgien Dentiste
522 Av. Al Khalil Hay Moulay Abdallah, 1er Etage
GSM: 06.91.12.95.95 - Casa