

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 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

- 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

Recut + Rcv

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 : JELLAH SARA Date de naissance : 11.04.09

Adresse : N°46 Rue des salins 2005 CASA

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 : JELLAH SARA Age :

Lien de parenté : Lui-même Accoucheur Enfant

Nature de la maladie : S. O.I.T.S. Chirurgie canaux

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'adhérent conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare ne pas avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 05/10/2019 Le : 29/10/2019

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) : JELLAH

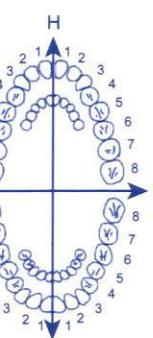
Total des frais engagés : 300,00

Date de dépôt : 29/10/2019

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

- 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																
	SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <i>D₉</i>											
					MONTANTS DES SOINS <i>300,000</i>											
					DEBUT D'EXECUTION <i>15-10-19</i>											
					FIN D'EXECUTION <i>21-10-19</i>											
		ODF PROTHESES DENTAIRES			DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX										
			<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>	H	25533412		21433552	D	00000000	00000000	00000000			B	35533411	11433553
H		25533412	21433552													
D		00000000	00000000													
00000000																
B		35533411	11433553													
				MONTANTS DES SOINS												
				DATE DU DEVIS												
				DATE DE L'EXECUTION												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS <i>Dr. NJA ACHRAF Chirurgien Dentiste</i> <i>52, Av. Al-Khalil Hay Mly Abdellah, BP 1100</i> <i>GSM : 06.9.12.85.95 - 052</i>					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 نجحى أشرف

طبيب جراح للأسنان

طبيب سابق بالقوات المسلحة الملكية

خريج كلية طب الأسنان بالبيضاء

تقديم اعوجاج الأسنان

زرع الأسنان

علم الأسنان النطابقي

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

Belloc Sora

Fracture

dent	acte	Nominal.	montant
63		D ₉	
53	extrad	D ₉	300,00 dh

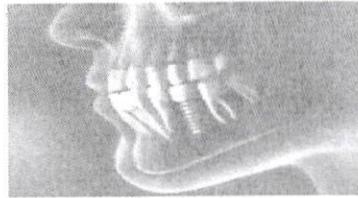
Dr. NJA Achraf
Chirurgien Dentiste
Casablanca - Maroc

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



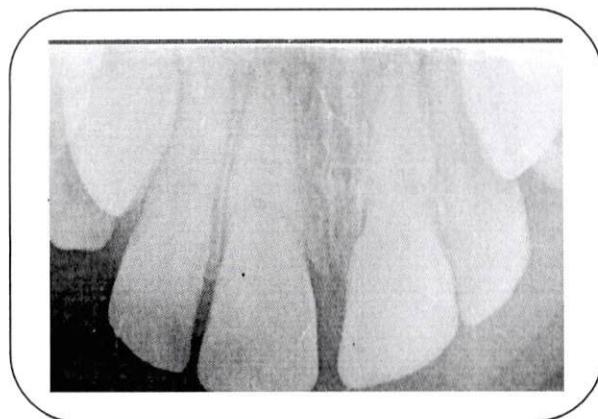
الدكتور نجى أشرف

طبيب جراح للأسنان

طبيب سابق بالقوات المسلحة الملكية
خريج كلية طب الأسنان بالبيضاء
تقديم اعوجاج الأسنان
زرع الأسنان
علم الأسنان التطابقي

Casablanca, le 21/10/2019

Jelloul Sara



Dr. NJA ACHRAF
Chirurgien Dentiste

522 Av. Al Khalil Hay Moulay Abdallah 1^{er} Etage
GSIM - 06.91.12.95.95 - Casablanca

