

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.

Éducation :

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.

Prothèse :

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

Déclaration : contact@mupras.com
Personne 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.

Siège : 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

Dentaire N° P19-0038706
Dossier n° 7992 SNA MUP.
☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00503 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SEBTI ABDESLATI

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

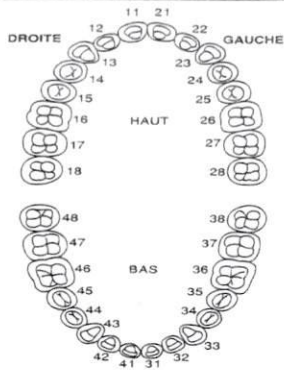
SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veillez fournir une facture

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

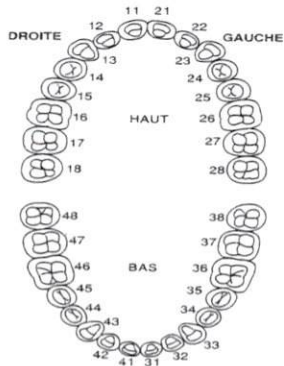
Coefficient
des travaux

Montant des soins

Début d'exécution

Fin d'exécution

O.D.F. Prothèses dentaires



Détermination du coefficient
masticatoire

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

Montant des soins

Date du devis

Fin d'exécution

(Création, Remont, adjonction)
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession



P 14/0003476

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 503

Nom & Prénom SEBTI ABDELKADIR

Fonction RETRAITE

Phones 0645509849

Mail

MEDECIN

Prénom du patient N. Sebti Abdelkadir

Adhérent ☒

Conjoint ☐

Enfant ☐

Age

Date

Nature de la maladie

Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des
honoraires

PHARMACIE

Date 06/08/2019

Montant de la facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date

Désignation des
Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des
Honoraires

Pharmacie IBRAHIM KATIR
Docteur IBRAHIM KATIR
22, Rue Impasse Ibnou KATIR
Tél: 05 22 23 4 83 - CASABLANCA

Docteur Nadia SAADI
CHIRURGIEN DENTISTE
52, Rue Soufiane Cherif Moudir Extension
Lilap Appl. 7 - Casablanca
Tél: 05 22 25 32 78

MUTRAS
ACCUEIL
07 SEP 2019

الدكتورة نادية سعيدي

Dr Nadia SAADI

Chirurgien Dentiste



Casablanca, le: 06/08/2019

LOT: BIRODOGYL
CP PEL B15
P.P.V: 102DH00
PER: 06 2021
6 118000 060567

Sahar Abdesslem

102.00

1^o BirodogyL 1pa31j
peltfj

19.70

2^o Algantil 200g 1pa2



Pharmacie IBRAHIM KATIR
M'hamed GEMANE
Docteur en Pharmacie
22, Rue Impasse Ibnou KATIR
Tél: 05 22 23 41 83 - CASABLANCA

Docteur Nadia SAADI
CHIRURGIEN DENTISTE
52, Rue Sidi El Bacha
Tél: 05 22 25 32 78
Quartier Maârif Extension



ALGANTIL® 200
20 dragées
EXP 03/2022
LOT 91006 2

Quartier Maârif Extension 3^{ème} Etage Appt.
Casablanca - Tél.: 05.22.25.32.78