

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

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.

ctique :

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.

ntaire :

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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise 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 caractére 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

16384-ND
RJD
ACC

Déclaration de Maladie : N° P19-0020106

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule **00863**

Société : **R.A.M**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **LOUKRI FI SAAD** Date de naissance : **22/01/1969**

Adresse : **53, Rue Ouley 4 et Ben Jelloun Casablanca**

Tél. **05 22 44 30 75** Total des frais engagés **3.000 Dt.** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **24/10/2018**

Nom et prénom du malade : **SAAD SADI AGUEIL**

Age : **51**

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**

Signature de l'adhérent(e) :

Benjelloun Saad

11 JAN. 2020

ACCUEIL

ACCUEIL

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 <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION D 240
				FIN D'EXECUTION M 110
O.D.F PROTHESSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	$ \begin{array}{r l} H & 21433552 \\ \hline 25533412 & 00000000 \\ 00000000 & 00000000 \\ \hline D & 11433553 \\ 00000000 & 35533411 \\ \hline B & \end{array} $		COEFFICIENT DES TRAVAUX D 120x2
				MONTANTS DES SOINS 3200,00 DA
				DATE DU DEVIS 24/10/2019
				DATE DE L'EXECUTION 16/11/2019

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Abdelaziz RAIS

Docteur d'Etat en Médecine Dentaire

Chirurgien Dentiste

الدكتور عبد العزيز الرايس

دكتور الدولة في طب الأسنان

طبيب جراحي للأسنان

Casablanca, le : ١٦ / ١ / ٢٠٢٥
الدار البيضاء، في

Tchpty M'hennin

je me suis rendu
aujourd'hui au cabinet
du Dr. M'hennin à la place de
la Victoire, au 3ème étage de
l'immeuble

