

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 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

- 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.



Declaration de Maladie

N° W21-772084

13 7800

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12277 Société : AN

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Ben Bena

Nom & Prénom : Ben Bena

Date de naissance : / /

Adresse : / /

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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'at médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : / / Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : /

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 : [][][][][][][][][][]

[illegible][illegible]

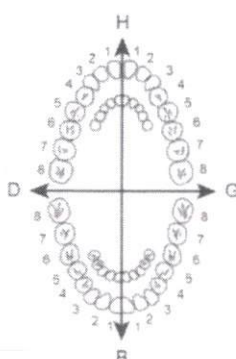
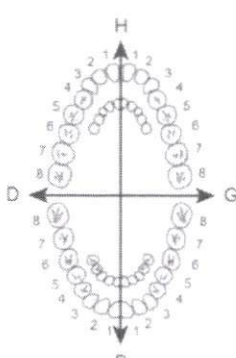
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaille des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"></table>																												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px;"></table>																												
				MONTANTS DES SOINS <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px;"></table>																												
				DEBUT D'EXECUTION <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px;"></table>																												
				FIN D'EXECUTION <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px;"></table>																												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td colspan="4" style="text-align: center;">H</td></tr> <tr> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;"> </td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;"> </td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">D</td> <td style="padding: 2px;"> </td> <td style="padding: 2px;">G</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;"> </td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;"> </td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> <td></td> </tr> <tr><td colspan="4" style="text-align: center;">B</td></tr> </table>			H				25533412		21433552		00000000		00000000		D		G		00000000		00000000		35533411		11433553		B				COEFFICIENT DES TRAVAUX <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px;"></table>
H																																
25533412		21433552																														
00000000		00000000																														
D		G																														
00000000		00000000																														
35533411		11433553																														
B																																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px;"></table>																												
				DATE DU DEVIS <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px;"></table>																												
				DATE DE L'EXECUTION <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px;"></table>																												

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées[illegible]

Coefficient

INP : [][][][][][][]

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVISDATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

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.



Declaration de Maladie

N° W21-77 2084

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e) :

Matricule : 12277 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BEN BELAID Dounia

Date de naissance : 21/6/75

Adresse : Habituelle

Tél. : 0662771538 Total des frais engagés : 300,00 DH

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin :

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09 AOÛT 2022

Nom et prénom du malade : Ben Belaid Dounia Age:

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Insuffisance Veineuse Majeure

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : Casablanca Le : 09/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :

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.

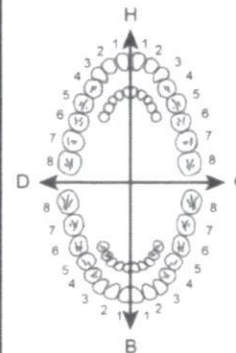
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
09 AOÛT 2022	FS		300.00	INP: <u>INP: 091205781</u> Dr. Hasnaa RAGUADI ANGIOLOGUE PHLEBOLOGUE ICE: 001831322000056 Année Bld. Abdelmoumen et Allée Pirelli Etage N° F35 Casablanca

Dr. Hasnaa RAGUADI
ANGIOLOGUE PHLEBOLOGUE
 ICE: 001831022000056
 Anncie B'd. Abdelmoumen et Allée Pared.
 Immi. 295 5eme Etg N° E35 Casablanca

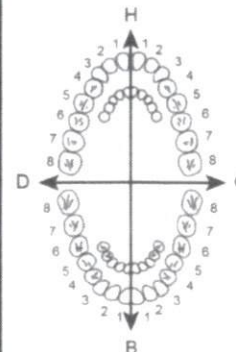
[illegible][illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p align="center">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> </table> <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">D</td> <td style="padding: 5px;"></td> <td style="padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;"></td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;"></td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> </table> <p>B</p> </div>	25533412	21433552	00000000	00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553
25533412	21433552													
00000000	00000000													
D		G												
00000000		00000000												
35533411		11433553												

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

 COEFFICIENT DES TRAVAUX 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'EXE