

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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 Aljal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aljal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge



Déclaration de Maladie

N° W21-829645

Maladie

Dentaire

Optique

Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

2055

Société :

SAIDI

El Bazi

A 87505

Nom & Prénom :

Pensionné(e)

Autre :

Date de naissance :

F - 03 - 1952

Adresse :

R. Benjoud - Rond Point Dohar Jilila

Tél. :

Total des frais engagés :

2030

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

27/11/2023

Nom et prénom du malade :

M^e EL Bazi Regime Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

consultation

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous un emballage 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
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVE 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 : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

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

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 1094101886
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
		consultation D	5	D 5
				MONTANTS DES SOINS
				200000
				DEBUT D'EXECUTION
				24/11/2022
				FIN D'EXECUTION
				24/11/2022

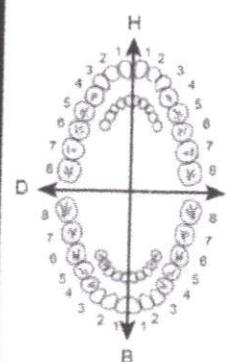
O.D.F
PROTHESES DENTAIRE

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	—
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

 ? Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE RE

A rectangular redaction box containing faint blue text. The text includes "Dr. Fouad Tazi", "Docteur en Chirurgie Dentaire", "Spécialiste en Orthodontie", and "Signature". A blue ink signature is overlaid across the entire stamp.

Dr Fouad TAZI

Dr d'Etat en Chirurgie Dentaire

Spécialiste en Implantologie & Orthodontie

Diplômé de la FMDM



الدكتور فؤاد التازي

طبيب احترافي في جراحة الفم والأسنان
احترافي في زرع و تقويم الأسنان
للصفار والكبار

ICE: 00442326600048.

INP: 094082986.

IF: 40 40 40 44.

Casablanca le : 27/11/2023

Facture: M^e El_Bézi Regina. 6

consultation : 200 Dhs

Dr. Fouad TAZI
Docteur en Chirurgie Dentaire
Spécialiste en Orthodontie
Spécialiste en Implantologie
45, Rue Atlas Maârif-Casa
Tél: 05 22 98 20 94 / 05 22 98 20 95

45, Rue Atlas, 2^{ème} Etage, Maârif, (Au dessus de la COLOMBE D'OR)
Casablanca - Tél: 05 22 98 20 94 / 05 22 98 20 95