

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

- Réclamation : contact@mupras.com
 Prise en charge : pec@mupras.com
 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



DDE Remboursement
165507

Déclaration de Maladie : N° S19-0050574

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)
Matricule : 12808

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHBOURK TAREK Date de naissance : 21/04/1984

Adresse : LOT ALLAI MOUNE 2 RUE 36 N°18 et 20, 94 SA

Tél. : 066.1.2384.75 Total des frais engagés : 3800 D.H. Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15/12/2023

Nom et prénom du malade : CHBOURK TAREK Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Traitement ORT 3[°]S

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 : CA SA

Signature de l'adhérent(e) : 08/01/24



08 JAN 2024

AUJOURD'HUI

08/01/24

MUPRAS

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

- Réclamation contact@mupras.com
- Prise en charge pec@mupras.com
- 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



Déclaration de Maladie

06-48-38-16
5n

N° W21-768480

CHBOURK Nefida

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 12808

Actif

Pensionné(e)

Société :

RATM

Optique

Autres

Nom & Prénom :

CHBOURK

TAREK

Date de naissance :

21-04-1984

Adresse :

2et ALLAIMAOUNI 2 Rue 36 N° 18 et 20
CASABLANCA

Télé. :

06 61 23 8475

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Adil TAJMOUATI
Orthodontiste
36 Rue des Eperviers - Oasis
Casablanca

Date de consultation :

03/06/2023

Nom et prénom du malade :

CHBOURK Nefida

Age :

Enfant

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

TT

ODF

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 : 16/06/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-768480

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 : 12808

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| <p>Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019</p> | <p>VOLET ADHÉRENT</p> |
| <p>Déclaration de maladie</p> | |
| <p>N° W21-768480</p> | |
| <p>Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.</p> | |
| <p>Coupon à conserver par l'adhérent(e).</p> | |

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant detaille des Honoriaires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|----------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| | | | | INP : / |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|----------------------------------------|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MÉDICAUX

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

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 tenu de préciser la dent traitée, l'acte pratique en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : 1094012960 |
|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------|-----------------------------------------------|
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | $ \begin{array}{r} H \\ 25533412 \quad 21433552 \\ 00000000 \quad 00000000 \\ \hline D \quad 00000000 \\ \quad 35533411 \quad 11433553 \\ \hline B \end{array} $ <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel : thérapeutique, nécessitant la prévention</p> | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> 38,00 |
| | <i>Travaux</i> | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> 03.06.23 |
| | <i>O.D.F</i> | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |
| | <i>3^e Semaine</i> | | | |
| | <i>38,00, Hs</i> | | | |

DE A.D.U.T. TAINOUA
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTE
Orthodontiste
36, Rue des Pèperviers - Oasis
Casablanca

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

N°Patent:094012978

FACTURE

INP:34750506

Id F:45667941

ICE:002465127000061

Nom: CHBOURK MEHDI

Je Soussigné Arts Clinic , Certifier avoir recu
de MEHDI CHBOURK la somme trois mille huit cents dirham(s) correspondant aux:

| Code | Description | Prix | Sous-total |
|------|---------------------------------------|----------|------------|
| TBC | Traitemet orthodontique 3ème semestre | 3 800,00 | 3 800,00 |
| | Total | | 3 800,00 |

Signature du Praticien

Dr.tajmouati

Dr. Adil TAJMOUATI
Orthodontiste
36, Rue des Eperviers - Casablanca

Signature du Patient

36, rue des éperviers, Oasis – Casablanca 20410

Tél : 05 22 25 84 84 / 05 22 36 23 83

Artsclinic.com