

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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.

Adresses Mails utiles

canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est
de remboursement
par le médecin prescripteur et renouvelée une fois
par le praticien

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'Horloger

Adresses Mails utiles

- contact@mupras.com
- pec@mupras.com
- adhésion@mupras.com



Déclaration de Maladie

W21-832985

Maladie

Dentaire

Optique

AL

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5712

Société : 191604

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BEN SIDI AÏME ABDELLAH

Date de naissance : 14/10/1965

Adresse : 14, lotissement OCEAN D'AR BOUATTA

CATARACTE

Tél. : 06.61.126.789

Total des frais engagés : 500,00 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/07/2014

Nom et prénom du malade : Ben Sidi Aïme Abdellah Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Cataracte droit

ALD ALC Pathologie :

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'adhérent et au médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : Casablanca

Le : 06/07/2014

Signature de l'adhérent(e) : RS

Autorisation CNDP N° : A-A215 / 2019

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> AL
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 5712			
Société : 191604			
Nom & Prénom : BEN SIDI AÏME ABDELLAH			
Date de naissance : 14/10/1965			
Adresse : 14, lotissement OCEAN D'AR BOUATTA			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 06/07/2014			
Nom et prénom du malade : Ben Sidi Aïme Abdellah Age :			
Lien de parenté :			
<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint			
Nature de la maladie : Cataracte droit <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC Pathologie :			
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'adhérent et au médecin conseil de la Mutuelle.			
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare également avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.			
Fait à : Casablanca			
Le : 06/07/2014			
Signature de l'adhérent(e) : RS			

7

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
06/01/2014	C2 + IC5		500,00	 Dr. A. LAMRANI C.S. D.F.A. FARABI Centre C.S. de Jeune et Bébé et Explorations 47-30 Avenue Jean Jaurès et Boulevard Rousset - Casablanca Tel. 0522 20 18 85

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

A 4x4 matrix diagram with labels D, H, and G. The matrix is represented by a grid of 16 squares. The top row contains the letter H above the first two squares. The bottom row contains the letter G above the last two squares. The leftmost column contains the letter D to its left. The rightmost column contains the letter G to its right.

(Création, remont, adjonction)	Montant des Honoraire
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Diagram B shows a circular arrangement of numbers 1 through 7 in a clockwise sequence. The numbers are: 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7. A vertical arrow points downwards from the center of the circle to the number 1.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

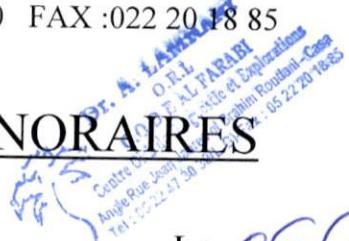
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مركز فحص وتشخيص أمراض الأذن والحنجرة الفرابي
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani CASABLANCA
TEL : 022 47 20 20 / 47 30 30 FAX : 022 20 18 85

NOTE D'HONORAIRES



Le 06/01/126

Reçu la somme de

500 DT

De Mr, Melle, Mme

Berdidaone Adelkhaele.

Pour consultation ORL (C2) + (K ¹⁰) pour microaspiration pour
Bouchon de cérumen

