

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.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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

N° W21-691470

176877

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8689 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MOUZOUNE HICHAM
 Date de naissance : 06-10-1966
 Adresse : CITÉ EL KARIA BLOC 2 N°54 CASABLANCA 04
 Tél. : 0661 066263 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 22-07-20
 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'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 :
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A.A.215/2019

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 : <input type="text"/>

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 MEDICAUX

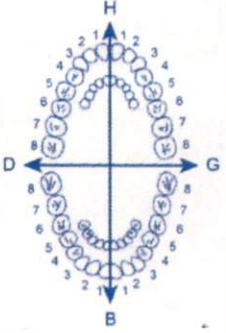
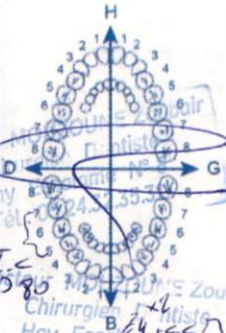
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																					
				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"/>																					
	<table> <tr> <td>H</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr> <td>B</td><td></td><td></td></tr> </table>			H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Devis

NOTE D'HONORAIRES

Nom et prénom du médecin dentiste : **MOUZOUNE Zoubair**

N° de l'INPE : **074177379**

N° de l'ICE : **00203177 00000 75**

N° de l'IF : **20691643**

Nom et prénom du patient : **Mouzoune Hicham**

Date **22.09.23**

أسنان معالجة Dents traitées	رمز العمليات Valeur Clé	تاريخ العمليات Dates des actes	ماتيل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة العامل Valeur Clé	المبلغ الفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأسنان Signature et Cachet du Médecin Dentiste
	T159		Z4		10004	Docteur MOUZOUNE Zoubair Chirurgien L. n°8 Hay Essalame N°8 Tel: 05.24.32.35.31
45	D258		D80		50004	Docteur MOUZOUNE Zoubair Chirurgien L. n°8 Hay Essalame N°8 Tel: 05.24.32.35.31
45.46 47	D254		D180		250004	Docteur MOUZOUNE Zoubair Chirurgien L. n°8 Hay Essalame N°8 Tel: 05.24.32.35.31

Montant global : **720004**

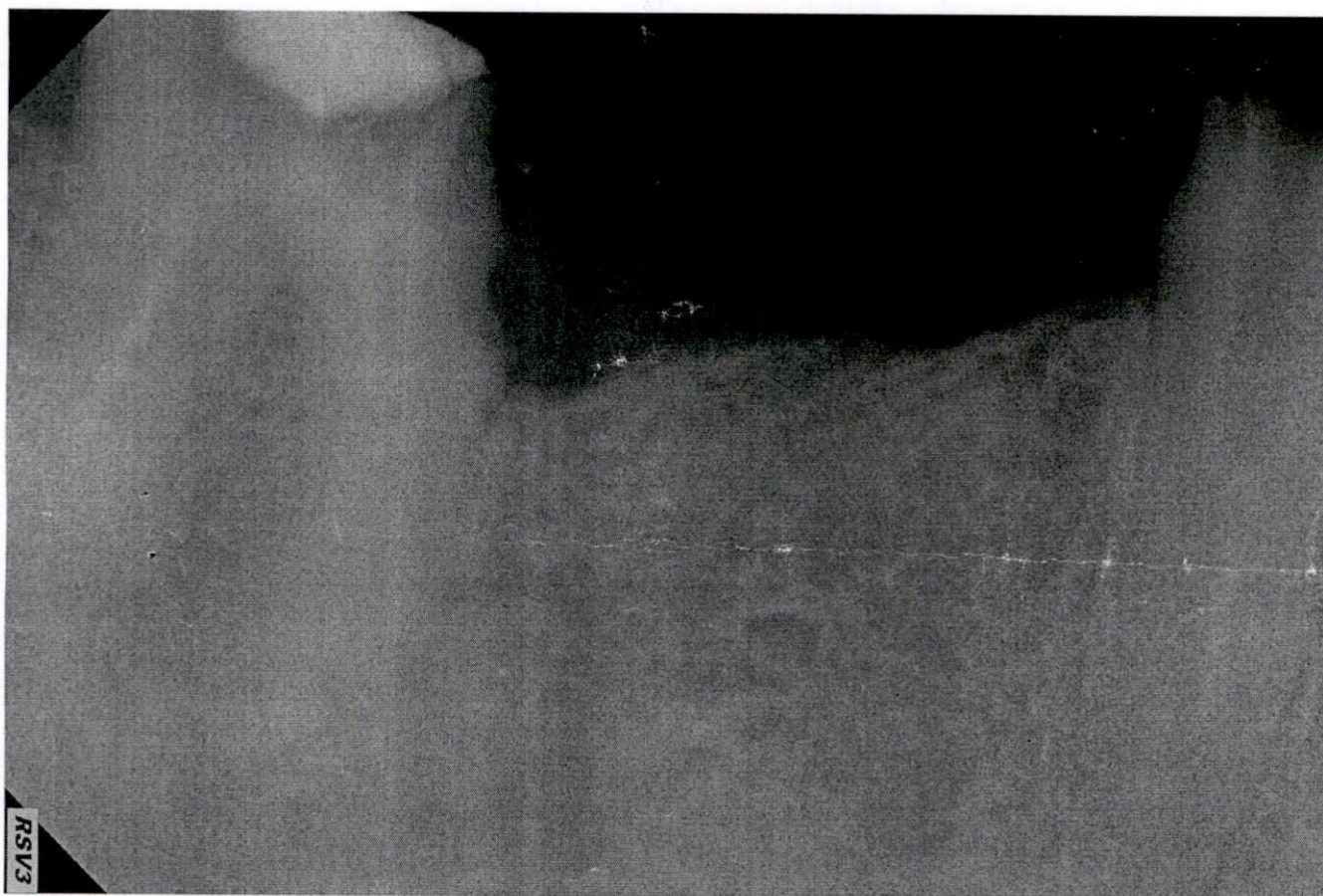
Mode de paiement ☒ Espèces ☐ Chèque

Adresse **Hay Essalame N°8 Ben Guer.**

Téléphone : **05.24.32.35.31**

Signature et cachet

Docteur MOUZOUNE Zoubair
Chirurgien L. n°8
Hay Essalame N°8
Tel: 05.24.32.35.31



Date de prise du cliché : 22/09/2023

Dents : 45 + 46 + 47

Commentaires :

Docteur MOUZOUNE Zoubair
Chirurgien Dentiste
Hoy Essalamie N° 8
Tél : 05.24.32.35.31

NOTE D'HONORAIRES

Nom et prénom du médecin dentiste : MOUZOUNE Zoubair

N° de l'INPE : 074177379

N° de l'ICE : 002031770000075

N° de l'IF : 20691643

Nom et prénom du patient : Mouzoune Hichom

Date 05-12-2023

أسنان معالجة Dents traitées	رمز العمليات Valeur Clé	تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة العمل Valeur Clé	المبلغ الفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأسنان Signature et Cachet du Médecin Dentiste
45+46+ 47	T159		2 4		100 DH	Docteur MOUZOUNE Zoubair Chirurgien Dentiste Hay Essalame N° 8 Tél: 05.24.32.35.31
45	D 758		D 80		500 DH	Docteur MOUZOUNE Zoubair Chirurgien Dentiste Hay Essalame N° 8 Tél: 05.24.32.35.31
45+46 + 47	D 754		Dx3 180		7500 DH	Docteur MOUZOUNE Zoubair Chirurgien Dentiste Hay Essalame N° 8 Tél: 05.24.32.35.31
45+46+ 47	T159		2 4		100 DH	Docteur MOUZOUNE Zoubair Chirurgien Dentiste Hay Essalame N° 8 Tél: 05.24.32.35.31

Montant global: 78200 DH ±

Mode de paiement

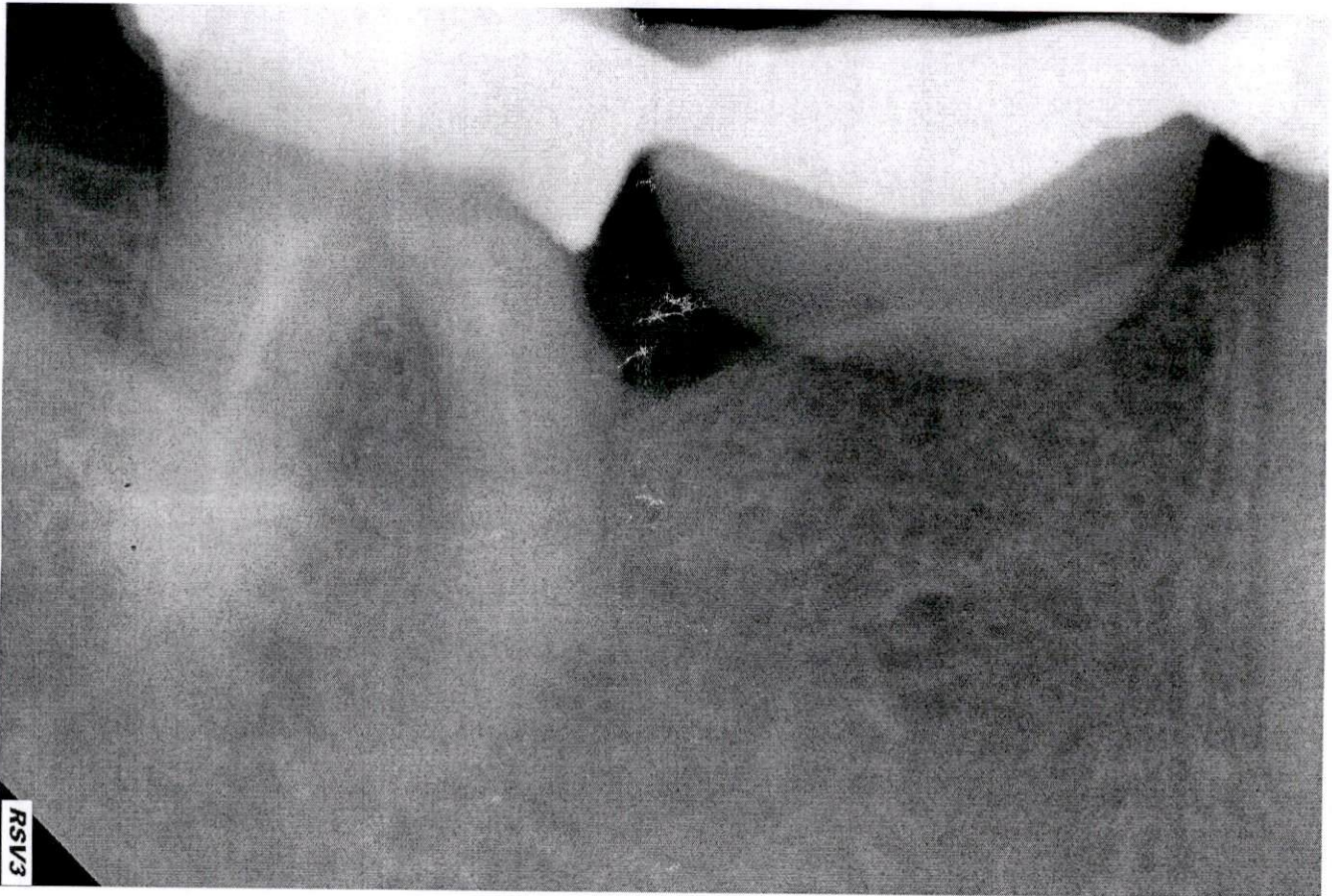
☒ Espèces

☐ Chèque

Adresse Hay Essalame N° 8 Ben Guerir.

Signature et cachet

Docteur MOUZOUNE Zoubair
Chirurgien Dentiste
Hay Essalame N° 8
Tél: 05.24.32.35.31



Date de prise du cliché : 05/12/2023

Dents : 45 + 46 + 47

Commentaires :

Docteur MOUZOUNE Zoubair
Chirurgien Dentiste
Hay Essalame N° 8
Tél : 05.24.32.35.31