

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 F. et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-611354

61158

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11340 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ANRANI HANANE
 Date de naissance : 10/10/1972
 Adresse : EC 71 WANE 01 N° X 52 Ain Khkef MLY
 Tél : 0666 890136 Total des frais engagés : 0

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 55, Av. Sidi Boui Bureaux du Jardin
 2ème Etage N° 13 - FFS
 05 35 94 21 75 / 06 49 71 99 44
 Date de consultation : 19/12/2021
 Nom et prénom du malade : ANRANI HANANE Age : 1972
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : NCB - Tendinite de l'épaule
 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 : 11/02/2021

Signature de l'adhérent(e)

VOIET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-611354

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 :
 Nom de l'adhérent(e):
 Total des frais engagés:
 Date de dépôt :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				HONORAIRES	
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant des Honoraires	Coût des Actes	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
9/12/21	C	1	25,00		IMP: [Signature]
03/01/22	K	1	150,00		[Signature]

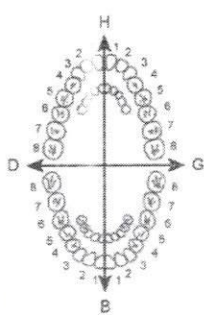
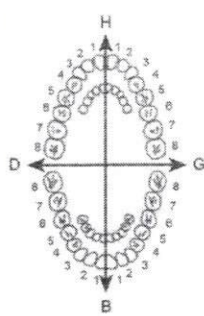
VOLET ADHERENT

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Importance :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalair 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																	
	<table border="0"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">28533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">39533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		28533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	39533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	28533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	39533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	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

Docteur ALAMI Abdelaziz

RHUMATOLOGUE

Maladies des os, articulations et de
la colonne vertébrale

Ex. Médecin chef de l'hôpital Ibn Baytar

Tél. : 05.35.94.21.75 / 06.68.75.69.44

الدكتور علمي عبد العزيز

إختصاصي في أمراض الروماتيزم

أمراض العظام والمفاصل والعمود الفقري

طبيب رئيسي بمستشفى ابن البيطار سابقا

الهاتف : 05.35.94.21.75 / 06.68.75.69.44

INPE
141063289

فاس في : 09/02/21 Fès, le

Dr ALAMI Abdelaziz

RHUMATOLOGUE

55, Av. Slaoui Bureaux du Jardin

2ème Etage N° 13 - FES

☎ 05 35 94 21 75 / 06 68 75 69 44

Facture:

15 = liquidation 16,000 €
certificat de

Dr ALAMI Abdelaziz

RHUMATOLOGUE

55, Av. Slaoui Bureaux du Jardin

2ème Etage N° 13 - FES

☎ 05 35 94 21 75 / 06 68 75 69 44

55 شارع السلاوي مكاتب الحديقة الطابق الثاني رقم 13 بجانب سينما ريكس ومكتبة الفجر - فاس

55, Av. Slaoui - Bureaux du jardin 2ème étage N° 13, à côté du cinéma Rex et Librairie Fajr - Fès