

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS. ET EVITER LES REJETS



Déclaration de Maladie

N° M21- 0003308

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3526 Société : 63569

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DAHAN ASLAKABIN

Date de naissance :

Adresse : 15 Rue IBNO TOFAIL HAY YASMINA

BERRECHID

Tél. : 06.24.15.16.26 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

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 : 17 / 03 / 2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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.

Diagnostique 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 canalaire, 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 canalaire.

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

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.

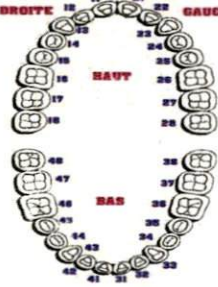

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le R.O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des Montant des soins
				
				

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire	Coefficient des travaux								
	<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	
	25533412	21433552								
	00000000	00000000								
	00000000	00000000								
35533411	11433553									
(Création, Remont, adionction)										
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession										

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W18-359601	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<p>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</p> <p>Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle</p>		



W18-359601

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT			Mle	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom				Signature de l'adhérent
Fonction :			Phones.....	
Mail				
M.DECIN		Prénom du patient		
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>		Age		Date
Nature de la maladie		Date 1ère visite		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires		
PHARMACIE		Date 17-03-21		
Montant de la facture		43,60		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :		
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM	IV	

PHARMACIE SARY - Berrechid



ZAKIA TERRAB

0522336186

99, Bd Brahim Roudani, BERRECHID

Facture N° 20210317-916

Date de vente : 17/03/2021
Médecin traitant :

DAHANI ABDELKBIR

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
DOLOSTOP CO 1G B8 COMP EFFER	1	14,80	TVA (7.00%)	14,80
RENNIE CO 680MG/80MG B36 COMP PM	2	14,40	TVA (7.00%)	28,80

Total HT	40,75 DHS
TVA	2,85 DHS
Total	43,60 DHS

été la présente facture à la somme de : quarante-trois DHS et soixante centimes



IF : 40174610 TP : 40745479 RC : 13204 ICE : 000425386000057
Tel : 0522336186

Adresse : 99, Bd Brahim Roudani, BERRECHID