

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## éducation :

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.

## entaire :

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.

## aladie 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 caractére 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° M21- 073257

ND : 81878

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6071

Société : *reliance*

Actif

Pensionné(e)

Autre : *épouse*

Nom & Prénom : ALAOUI

Rohamed fawwase A.G.A.

Date de naissance : 1942

Adresse : BOUSKOURA GOLF city Ville verte n° 81 A Casablanca

Tél. : 06 08 01 66 55

Total des frais engagés : ..... Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

### 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 : CASABLANCA

Le : 14/07/2021

Signature de l'adhérent(e) : *AA*

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M2173257

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

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

## 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 Cœfficients	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	

### VOLET ADHÉRENT

13321

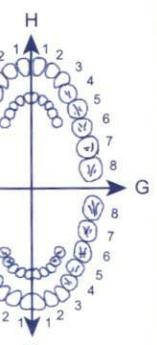
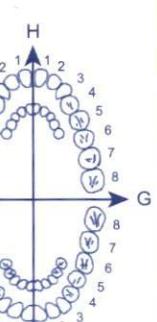
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$  \begin{array}{c c}  H & G \\  \hline  25533412 & 21433552 \\  00000000 & 00000000 \\  \hline  D & G \\  00000000 & 00000000 \\  35533411 & 11433553 \\  \hline  B &   \end{array}  $ <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr OLIVIER SYRIEX  
LBM CENTRAL 92  
Identification 920028032

Feuille de soin N°

Mr Mohammed ALAOUI  
199 RUE JB CHARCOT  
92400 COURBEVOIE

Réf. du dossier :  
C20200723086

COURBEVOIE, le Jeudi 21 Janvier 2021

## **QUITTANCE D'HONORAIRES**

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Nous vous adressons le justificatif de paiement de vos honoraires (tiers payant) à présenter à la caisse pour votre remboursement.

Dossier

---

Demande N° C20200723086  
Date de l'examen : 23/07/2020

N° SS de l'assuré(e) :  
Né(e) le : 31/12/1942

### **Récapitulatif quittance d'honoraire :**

---

Total	Patient	Sécurité Sociale	Mutuelle
109.67	109.67	0.00	0.00

En vous remerciant, veuillez agréer, Madame, Mademoiselle, Monsieur, l'expression de nos sincères salutations.



Docteur Florence OGRIN

**Médecine Générale**  
Nutrition – Homéopathie

DU de Nutrition et Diététique Médicale, Hôpital Bichat  
Diplôme de Thérapeutique Homéopathique du CEDH

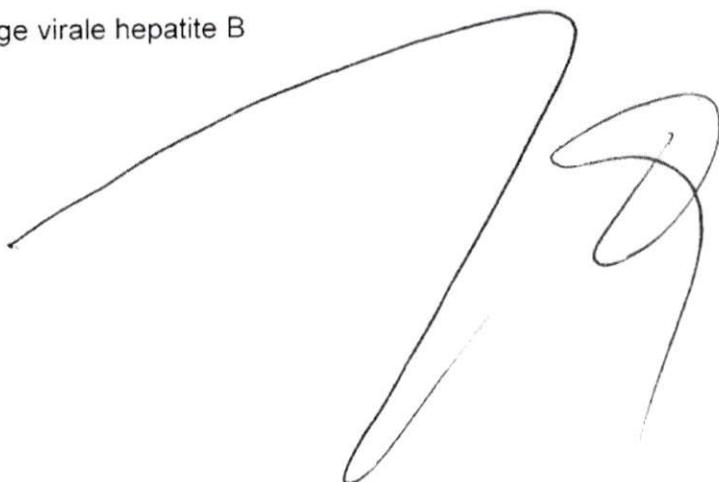
75 16 9511 5  
10001477529

*RENDEZ VOUS POSSIBLE SUR DOCTOLIB*

Le jeudi 9 juillet 2020

M Mohammed ALAOUI

charge virale hepatite B



62, avenue de la Grande Armée

75017 Paris

Tél. : 01 45 74 07 08

Fax : 09 70 06 76 31

Consultations sur Rendez-Vous

VEUILLEZ VOUS ASSURER QUE LE MEDECIN AIT BIEN RECU VOS RESULTATS !

En cas d'urgence : URGENCES MEDICALES DE PARIS : 01 53 94 94 94 ou le 15 (SAMU)

Membre d'une Association de gestion agréée, le règlement des honoraires par chèque est accepté.

Docteur Florence OGRIN

**Médecine Générale**  
Nutrition – Homéopathie

DU de Nutrition et Diététique Médicale, Hôpital Bichat  
Diplôme de Thérapeutique Homéopathique du CEDH

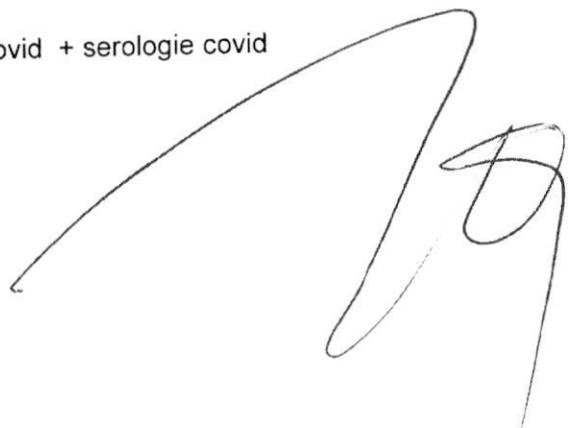
75 16 9511 5  
10001477529

*RENDEZ VOUS POSSIBLE SUR DOCTOLIB*

Le jeudi 9 juillet 2020

M Mohammed ALAOUI

pcr covid + serologie covid



62, avenue de la Grande Armée  
75017 Paris

Tél. : 01 45 74 07 08  
Fax : 09 70 06 76 31

Consultations sur Rendez-Vous

VEUILLEZ VOUS ASSURER QUE LE MEDECIN AIT BIEN RECU VOS RESULTATS !

En cas d'urgence : URGENCES MEDICALES DE PARIS : 01 53 94 94 94 ou le 15 (SAMU)

Membre d'une Association de gestion agréée, le règlement des honoraires par chèque est accepté.