

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-663014

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13019 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ADDOU Abdelhakim

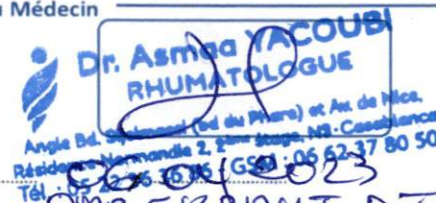
Date de naissance :

Adresse :

Tél : 0522 91 2022 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/04/2023

Nom et prénom du malade : ME ERBAH DINA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : RHUMATOLOGIQUE

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) :

Adresses Mails utiles

- Réclamation : 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

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
06/04/2023		C	5000 AF	INP : 091023326 Dr. Asmaa YACOUBI RHUMATOLOGUE

06/04/2023 C 500.00

Dr. Asmaa YACOUBI
PATOLOGUE

Angle Bd. Steinhilber (au du therm) et Av. de Nice,
Mandel 2, 2^{ème} étage - 06 62 37 80 50
Tél. : 05 22 36 56 86 - GSM : 06 62 37 80 50

[illegible]

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

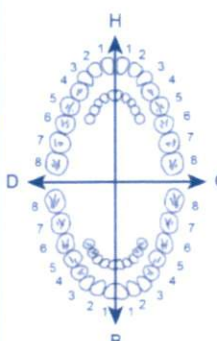
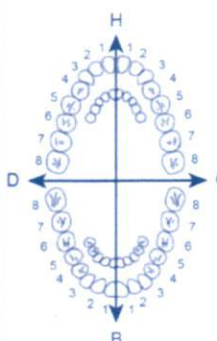
[illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ 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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 														
				Coefficient des Travaux 														
				Montants des Soins 														
				Début d'exécution 														
				Fin d'exécution 														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="text-align: center;">  </div> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 0 10px;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 5px;">25533412</td> <td style="text-align: left; padding-left: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: left; padding-left: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; text-align: right; padding-top: 5px;">D</td> <td style="border-top: 1px solid black; text-align: left; padding-top: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: left; padding-left: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 5px;">35533411</td> <td style="text-align: left; padding-left: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; text-align: right; padding-top: 5px;">B</td> <td></td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient des Travaux
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	[Création, remonte, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des Soins 														
				Date du devis 														
				Date de l'exécution 														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Important :

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

INP :

--	--	--	--	--	--	--	--

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des Soins

Coefficient

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a central pier labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom. There are two side piers labeled 'D' on the left and 'C' on the right. The bridge is supported by a series of piers numbered 1 through 8. The piers are arranged in a semi-circular pattern around the central pier. The piers are numbered 1 through 8 on both the left and right sides, starting from the central pier and moving outwards. The piers are numbered 1 through 8 on both the top and bottom sides, starting from the central pier and moving outwards.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		C
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a central pier labeled 'H' at the top and a central pier labeled 'B' at the bottom. The bridge is supported by two main piers labeled 'D' on the left and 'C' on the right. The bridge is divided into two main sections by the central pier. The left section is labeled 'D' and the right section is labeled 'C'. The bridge is supported by a series of piers numbered 1 through 8 on each side. The piers are arranged in a semi-circular pattern around the central pier. The piers are numbered 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 from the central pier outwards. The piers are arranged in a semi-circular pattern around the central pier. The piers are numbered 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 from the central pier outwards.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION