

**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 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.

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 Mohammed V 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 *pec*

N° W21-786810

157631

com Anja

- Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *M423* Société : *RAM*
 Actif Pensionné(e) Autre
 Nom & Prénom : *ABDELLOUCI W MAR*
 Date de naissance : *1972*
 Adresse : *144 AMAL I LAAYOUNE*
 Tél. : *0662641393* Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr. YACOUBI Zouheir
CHIRURGIEN DENTISTE
152, Bd. Mekka - Appt. 9
Tél. : 078.89.10.60/ LAAYOUNE**
 Date de consultation : *23/03/23*
 Nom et prénom du malade : *MOUARRIL ISHANE* Age : *1981*
 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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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 : *LAAYOUNE* Le : *20 / 03 / 23*
 Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-786810
 Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.
 Matricule : *M423*
 Nom de l'adhérent(e) :
 Total des frais engagés :
 Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

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"/>

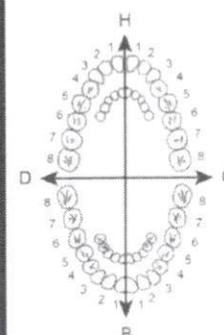
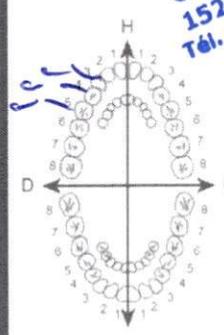
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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

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

VOILET ADHERENT

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

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP <i>254024689</i>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
				
Dr. YACOUBI Zouneir CHIRURGIEN DENTISTE 152, Bd. Mekka - Appt. 9 Tél. : 028.89.10.60 / LAAYOUNE				COEFFICIENT DES TRAVAUX <i>2540</i>
				MONTANTS DES SOINS <i>90000</i>
DETERMINATION DU COEFFICIENT (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS <i>20/03/23</i>
DENTIERES PARTIELLES 00000000 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION Dr. YACOUBI Zouneir CHIRURGIEN DENTISTE 152, Bd. Mekka - Appt. 9 Tél. : 028.89.10.60 / LAAYOUNE				

DOCTEUR YACOUBI Zouheir

Chirurgien dentiste
Maladies et Chirurgie
de la Bouche

الدكتور اليعقوبي زهير
إختصاصي في جراحة الفم
و الأسنان

Zouheir

20/3/23

A

Patient: *Abou Bakr El Hamza*

Facture N°

144/23

(Soins ou Prothèses)

Dr. YACOUBI ZOUHEIR
CHIRURGIEN DENTISTE
152, Bd. Mekka - Appt. 9
Tél. : 028.89.10.60 / LAAYOUNE

J'atteste que les honoraires ont été réglés par

l'adhérent (e) à la somme globale de *9000* DH.

Soit en lettres: *neuf mille*

Signé : Docteur Yacoubi Zouheir

Dr. YACOUBI Zouheir
CHIRURGIEN DENTISTE
152, Bd. Mekka - Appt. 9
Tél. : 028.89.10.60 / LAAYOUNE

152 شارع مكة شقة 9 قرب إنوي العيون / الهاتف : 05.28.89.10.60

152.Bd Mekka - Appt 9 (Prés inwi) - laayoune / Tél : 05.28.89.10.60

INPE:024024689-----CNSS:7645263-----ICE:0019870000093-----IF:40240054

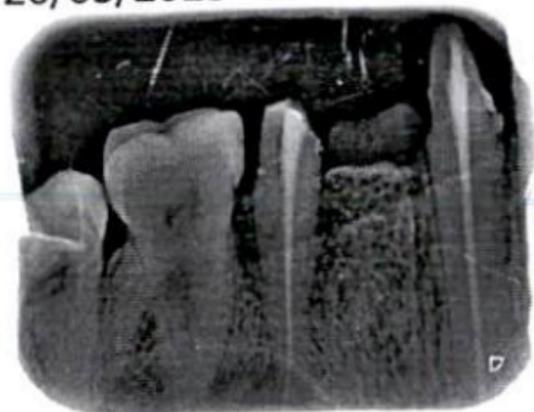
Dr. Yacoubi Zouheir

**CBC78BCABA5D4E3C85017891BECEE759 hanane mouakkil 22/06/1981

04/04/2023 01:17:07

Intra non défini

20/03/2023



Dr. YACOUBI Zouheir
CHIRURGIEN DENTISTE
152 Bd. Mekka - Appt. 9
Tél. : 018.89.10.60 / LAAYOUNE