

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

- 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 étage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-483732

82291

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08652 Société : R.A.M.

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : MAAROUFI MUSTAPHA

Date de naissance : 10/01/1976

Adresse : N° 14, Passerelle ABOU BAR, BOUHAFER

Tél. : 06 70 56 20 56 Total des frais engagés : 11000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/11/19

Nom et prénom du malade : MAAROUFI MUSTAPHA Age : 43

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

Nature de la maladie : Sepsis Abdominal

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 : 05/11/2019

de l'adhérent(e) :

RAS

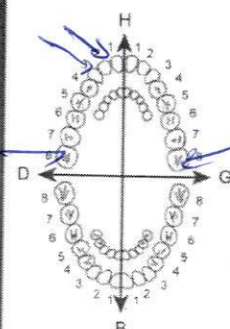
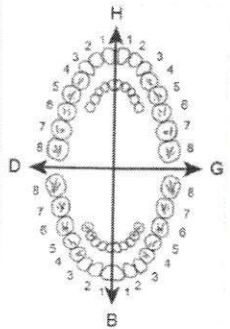
[illegible][illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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 : 0640193185 | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---------------------|-------------|--------------------------------|------------------|----------|----------|----------|----------|---|--|---|---|----------|----------|----------|----------|-----------------------|
|  | 18 | cur | 010 | COEFFICIENT DES TRAVAUX 040 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 28 | cur | 010 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 12 | cur | 010 | MONTANTS DES SOINS 1100 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 13 | cur | 010 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION 22 10 19 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION 09 11 19 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | |
|  | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | G | | D | B | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | MONTANTS DES SOINS |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | G | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | B | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | DATE DU DEVIS | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur JAWAD Abdelhakim
Chirurgien Dentiste
33 66 33

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

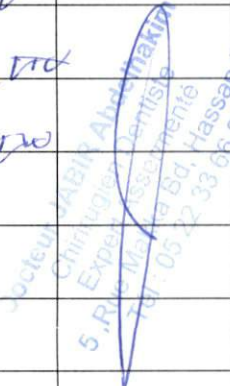
5, Rue Marika Bd. Hass
Tél : 05 22 33 66 33

NOTE D'HONORAIRES

Nom et prénom du médecin dentiste : Dr Abdelhakim JABIR
 N° de L'INPE : 064019383
 N° de L'ICE : 001887422000011
 N° de L'IF : 93018009

Yalla ASMA MADRAFI

Date : *01-11-19*

| Dents traitées | Code clé | Dates des actes | Lettre clé+cotation NGAP | Valeur clé | Montant facturé | Signature cachet du médecin dentiste |
|----------------|----------|-----------------|--------------------------|------------|-----------------|--|
| 18 sub | D213 | 22 10 19 | 0 | 10 | 200,00 |  |
| 28 sub | D213 | 24 10 19 | 0 | 10 | 200,00 | |
| 12 CF-D | D200 | 30 10 19 | 0 | 10 | 300,00 | |
| 13 CF-D | D200 | 01 11 19 | 0 | 10 | 300,00 | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |
| < | | | | | | |

SIGNATURE ET CACHET

Adersse : 5, Rue Mekka Bd Hassan II Berrechid

Téléphone : 05 22 33 66 33

E-mail : docteurjabir@gmail.com

Docteur JABIR Abdelhakim
Chirurgien Dentiste
Expert-Associé
5, Rue Mekka Bd Hassan II
Tel : 05 22 33 66 33