

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR

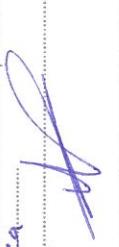
### ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



N° W19-547347

## Déclaration de Maladie

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
<p>Cadre réservé à l'adhérent (e)</p> <p>Matricule : <b>12654</b> Société :</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e) Autre :</p> <p>Nom &amp; Prénom : <b>MARY ABDEL KEBIR</b></p> <p>Date de naissance : <b>32/04/1963</b></p> <p>Adresse :</p> <p>Tél. : <b>06.64.72.32.65</b> Total des frais engagés : ..... Dhs</p>			

<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Rééducation	<input type="checkbox"/> Radiologie et Biologie	<input type="checkbox"/> Pharmacie	<input type="checkbox"/> Radiologie et Biologie
<p>Cadre réservé au Médecin</p> <p></p> <p>Date de consultation : <b>11/01/23</b></p> <p>Nom et prénom du malade : <b>Dr. Mary Abdelkader Ouardouz</b></p> <p>Lien de parenté : <b>Conjoint</b></p> <p>Nature de la maladie : <b>Syndrome de Sjögren</b></p> <p>En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pilconfidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.</p> <p>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.</p> <p>Fait à : <b>Casablanca</b> Le : <b>16/01/2023</b></p> <p>Signature de l'adhérent(e) : </p>					

<input type="checkbox"/> Adresses Mails utiles	<input type="checkbox"/> Réclamation	<input type="checkbox"/> Prise en charge	<input type="checkbox"/> Adhésion et changement de statut	<input type="checkbox"/> VOLET ADHERENT
<p>contact@mupras.com</p> <p>pec@mupras.com</p> <p>adhession@mupras.com</p> <p>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.</p> <p>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 27 78 18 - www.mupras.com</p>				

<input type="checkbox"/> Matricule :	<input type="checkbox"/> Nom de l'adhérent(e) :	<input type="checkbox"/> Total des frais engagés :	<input type="checkbox"/> Date de dépôt :
<p>Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.</p> <p>Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.</p> <p>Coupon à conserver par l'adhérent(e).</p>			

RELEVE 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 : .....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Désignation des Coefficients	Date	Montant des Honoraires	
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

AUXILIAIRES MEDICAUX			
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre	Montant détaillé des Honoraires
		A.M	P.C
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

VOLET ADHERENT

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

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**Dr. Alain DUCOURT**  
**CHIRURGIEN-DENTISTE**  
**Capitaine de la Marine**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

**Stéphane GAGLIARDI**  
**Chirurgien-Dentiste**  
**Capitaine de la Marine**

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES			
Le praticien est prié de préciser la dent traitée: l'acte pratique en indiquant la nature des soins			
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.			
INP : <b>02403549</b>	SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins
			Coefficient
			INP : <b>02403549</b>
			Coefficient des Travaux
			MONTANTS DES SOINS
			DEBUT D'EXECUTION
			FIN D'EXECUTION
			DATE DU DEVIS
			DATE DE L'EXECUTION
			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Diagramme dentaire :** Plan dentaire montrant les dents numérotées de 1 à 8 sur les deux arches. Les axes sont indiqués par H (postérieur), B (anterior), D (gauche) et G (droite).

**O.D.F. PROTHÈSES DENTAIRES :**

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

**[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Therapéutique nécessaire à la profession**

**ST du bas,  
Sur Gagliaudi,  
SF**

**36, 37, 45, 47**

**14/01/23**

**14/01/23**

**14/01/23**

**14/01/23**