

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.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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 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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0037214

ACE

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 100284 Société : R.A.M

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BENOUAR MOHAMED

Date de naissance : 03/11/1969

Adresse : 72, St. N.N.Z.D.A, Rue 1, Hay Hassani - CASA

Tél. : 06 26 02 02 00 Total des frais engagés : 2000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Zineb IRAOUI
Psychiatre
Enfants et Adolescents
134, Rés AYA, All. 30 C. Casablanca
Et Rue Ahmed Jourani, Mâârif, Casablanca
05 22 22 78 50 - 05 61 17 80 72

Date de consultation : 08/11/2014

Nom et prénom du malade : BENOUAR RAYHANE Age: 05/11/2002

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Troubles du comportement

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 contenus sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données à caractère personnel.

Fait à : CASABLANCA

Le : 08/11/2014

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL
MUPRAS

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° M21- 0037214

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 : 100284

Nom de l'adhérent(e) : BENOUAR MOHAMED RAYHANE

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
28/3/21	Dr. V.S		600000 dh	
				Dr. Zineb IR Enfant et Ado 34, Rés AYA, A que Ahmed Jour... 20.52

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 Coefficients	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 ADHERENT

* 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 d'explorations complémentaires.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

The diagram shows a dental arch with 16 numbered teeth. The teeth are arranged in two rows: upper teeth (1-8 on the left, 9-16 on the right) and lower teeth (1-8 on the left, 9-16 on the right). The teeth are numbered 1 through 8 in a clockwise direction starting from the upper left. The diagram includes directional markers: 'H' at the top, 'D' on the left, and 'B' at the bottom.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca le 08 Mars 2021

Devis 06/21

L'enfant Rayhane Benouar

Devis

12 Séances de Psychothérapie:

500.00Dh x 12=6000.00Dh

Dr. Zineb IRAQI
Psychiatre
Enfants et Adolescents
134, Rés AYA, Angle de Bir Anzarane
Et Rue Ahmed Joumari, Maârif, Casablanca
Tél: 05 22 23 76 54 - 06 61 07 92 79