

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.



Declaration de Maladie

N° W21-816115

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11380 Société : 176262

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : TOUILE REDA

Date de naissance : 01/12/76

Adresse : 1, Rue Volney RUS DANIA II

Tél : 0661132653 Total des frais engagés :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin : Dr. TOUILLAR Rachid

Chirurgien Dentiste

Angle Rd Abdelhak EL Rte d'Azenmatour N°6 - Casablanca

Tél : 0522 90 98 35 / 0522 91 50 89

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/09/2023

Nom et prénom du malade : TOUILE REDA Age : 46

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

Nature de la maladie : sans J. malade

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'at. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 21 SEP 2023

Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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.

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-816115

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :

[illegible]

INP : _____

[illegible]

Montant de la Facture

[illegible]Montant
des Honoraires

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

Montant détaillé
des Honoraires

VOLET ADHERENT

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

* 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 94014107								
	46	curat canal	D ₂₅	COEFFICIENT DES TRAVAUX D ₃₈								
	46	curat	D ₂₀	MONTANTS DES SOINS 875,-								
				DEBUT D'EXECUTION								
				FIN D'EXECUTION								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX D ₈₀
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	D 00000000 00000000 G 35533411 11433553			MONTANTS DES SOINS 3600,-								
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS 14/09/23								
	curat D ₈₀			DATE DE L'EXECUTION								

Dr TOULIAR Rachid
Chirurgien Dentiste
d'Avignon
Tel : 0522 90 98 35 / 0522 91 50 89

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan d

INP : 94014747

COEFFICIENT DES TRAVAUX $\frac{1}{38}$

MONTANTS
DES SOINS 

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX 28

MONTANTS DES SOINS 3650,00

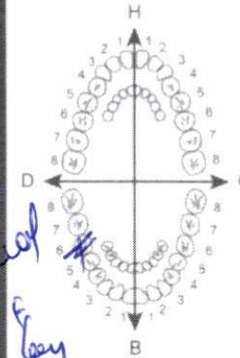
DATE DU DEVIS 140923

DATE DE L'EXECUTION

Coefficient

46 March 1928

42 Depth 10



Scanned by

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

T

25533412

2 21433552

0

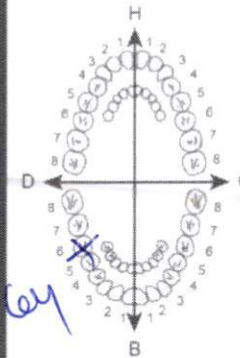
- C

2

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Сел 46 1/87



Cor

Dr TOULJAR Rachid
Chirurgien Dentiste

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Tel: 0522 90 98 35 / 0522 91 50 89

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



Lin

Dr TOUJAT Rachid
Chirurgien
Angiologie
d'Anatomie N° 1
Tél: 0622 90 98 35 / 0622 91 50 89