

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 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° W21-622797

Prise en charge.

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 99111 Société : pec

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BIFDEN SAID

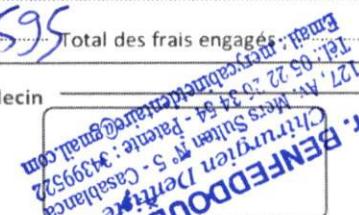
Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0522221595 Total des frais engagés : 127,40 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 5.10.2023 Nom et prénom du malade : BIFDEN Aminé Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Spondylolisthesis et fracture de la vertèbre d'ostéoporose

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous 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 :

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-622797

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

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
				INP :

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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.

prise en charge

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 10915
	25 44 21 25	obt. cun/dore cp cp	D25 D10 D10 D10	COEFFICIENT DES TRAVAUX D145 + 226
	26	RG6	226	MONTANTS DES SOINS 1400,00
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553
B	R

[Création, remont, adjonction]

fonctionnel. Thecapourque nécessite à la profession

The diagram shows a 10x10 grid of circles. The circles are arranged in rows and columns, with some circles containing numbers and others containing letters. The grid is bounded by a thick black border.

- Row 1:** Circles contain the numbers 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10.
- Row 2:** Circles contain the numbers 2, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9.
- Row 3:** Circles contain the numbers 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 1, 2.
- Row 4:** Circles contain the numbers 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 1, 2, 3.
- Row 5:** Circles contain the numbers 5, 6, 7, 8, 9, 10, 1, 2, 3, 4.
- Row 6:** Circles contain the numbers 6, 7, 8, 9, 10, 1, 2, 3, 4, 5.
- Row 7:** Circles contain the numbers 7, 8, 9, 10, 1, 2, 3, 4, 5, 6.
- Row 8:** Circles contain the numbers 8, 9, 10, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7.
- Row 9:** Circles contain the numbers 9, 10, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8.
- Row 10:** Circles contain the numbers 10, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9.

Letters:

- A:** Located at the bottom-left corner (row 10, column 1).
- B:** Located at the bottom-right corner (row 10, column 10).
- C:** Located at the top-left corner (row 1, column 1).
- D:** Located at the top-right corner (row 1, column 10).
- E:** Located in the center circle (row 5, column 5).
- F:** Located in the circle at row 4, column 7.
- G:** Located in the circle at row 7, column 4.
- H:** Located in the circle at row 2, column 5.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

S.10.23

D100
D186 + 26

3.100,00

S.10.23

1

1

dr samir
**510BC862F5104F548095FF50267F0524 AMINE BIFDEN 12/05/2001
03/10/2023 12:49:31

25
25/09/2023
BIFDEN
AMINE
dr samir

