

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, parodontologie 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS est agréée par le Ministère de la Santé et du Bien-être social pour la prise en charge des personnes physiques à l'étranger traitées par un médecin prescripteur.

Page 1/2



Déclaration de Maladie

N° W19-484000

☒ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **549** Société : _____

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : _____

Nom & Prénom : **NATTO Med**

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Tel : **0633200680** Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : _____

Nom et prénom du malade : _____

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

Age : _____

Nature de la maladie : _____

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 : _____ Le : _____ / _____ / _____

Signature de l'adhérent(e) : _____

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture
Veuillez 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 | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---------------------|-------------|--|--|---|--|----------|----------|--|----------|----------|----------|----------|--|----------|----------|--|
| | 36 | Ext | D10 | Coefficient des travaux <input type="text" value="D10"/> Montant des soins <input type="text" value="200,00"/> Début d'exécution <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text" value="19/09/19"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F. Prothèses dentaires | Détermination du coefficient masticatoire <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th></th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td></td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td></td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table> | | H | | | G | | 25533412 | 00000000 | | 21433552 | 00000000 | 00000000 | 35533411 | | 00000000 | 11433553 | Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/> |
| H | | | G | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 00000000 | | 21433552 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 35533411 | | 00000000 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | |
| (Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Signature et cachet du praticien

à retourner à :

Visa et cachet du praticien attestant l'exécution

| | | |
|---|------------------------|------------------------|
| VOLET ADHERENT | NOM : <u>NABRO MED</u> | Mle <u>549</u> |
| DECLARATION N° <u>P 14 / 55886</u> | | |
| Date de Dépôt | Montant engagé | Nbre de pièces Jointes |
| 01/11/19 | 200 | 1 |
| Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle | | |



P 14 / 0055886

DATE DE DEPOT
/ /201

| A REMPLIR PAR L'ADHERENT | | Mle <u>549</u> | Signature de l'adhérent | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|---------------------|---------------------------------|----|----|----|----|--|--|--|--|--|------------|--|
| Nom & Prénom <u>NABRO MED</u> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fonction <u>Reçu</u> | Phones <u>063320680</u> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mail <u>bignahro@gmail.com</u> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MEDECIN | Prénom du patient <u>NABRO Mohammed</u> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> | Conjoint <input type="checkbox"/> | Enfant <input type="checkbox"/> | Age <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| Nature de la maladie | | Date 1ère visite | | | | | | | | | | | | | | | |
| <u>Soins dentaire</u> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>Nature des actes</th> <th>Nbre de Coefficient</th> <th>Montant détaillé des honoraires</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | | | Nature des actes | Nbre de Coefficient | Montant détaillé des honoraires | | | | | | | | | | | |
| Nature des actes | Nbre de Coefficient | Montant détaillé des honoraires | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PHARMACIE | | Date | | | | | | | | | | | | | | | |
| Montant de la facture | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Signature et cachet du Pharmacien | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | Date | | | | | | | | | | | | | | | |
| Désignation des Coefficients | Montant détaillé des Honoraires | | CACHET | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AUXILIAIRES MEDICAUX | | Date | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Nombre</th> <th rowspan="2">Montant détaillé des Honoraires</th> </tr> <tr> <th>AM</th> <th>PC</th> <th>IM</th> <th>IV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires | AM | PC | IM | IV | | | | | | CACHET | |
| Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires | | | | | | | | | | | | | |
| AM | PC | IM | IV | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Diplôme en Implantologie de l'Université Paul Sabatier (Toulouse)



حاصل على دبلوم تقويم الأسنان من جامعة بوركون بفرنسا
حاصل على دبلوم زراعة الأسنان من جامعة تولوز

156, bd. Oum Errabii 1er Etage - El Oulfa - Tél. : 05 22 93 48 38 - Casablanca 20222
156 شارع أم الربيع الألف - الطابق الأول الهاتف : 05.22.93.48.39 - الدار البيضاء