

# 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.

## Biologie 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.

## Education :

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.

## caire :

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.

## die 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 d'informations personnelles.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier l'orlage  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

Nº P19-0029450

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

25960

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2321 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

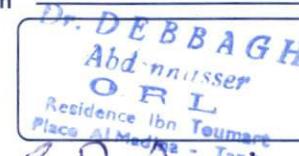
Nom & Prénom : CHOUINI MOHAMED

Date de naissance : 1952

Adresse : 8 BOUCHARÉ RUE N° 6 TANGER

Tél. : 0624380182 Total des frais engagés : 32180 Dhs

## Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/07/2020

Nom et prénom du malade : Age : 1956

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Narcolepsie

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) :

## VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19-029450

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 : 2321

Nom de l'adhérent(e) : FATHIMA

Total des frais engagés : 32180

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
06/09/2015	Consultation	1	38000	Dr. DR. B. Ahd. m. massé O. F. I. Residencé ibn Al Madina - Tanger Place Al Madina

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PLATINUM PHARMACEUTICALS LTD 100 RUE DE PROVENCE 14000 PARIS ATLANTIC BANK - PARIS 95 95 95 95	9/03/20	2 A. 80

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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 de

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	.
00000000	00000000
35533411	11433553

### **(Création, remont, adjonction)**

A diagram of a dental arch, likely upper, showing the arrangement of teeth with numbers 1 through 8 on both the left and right sides. The teeth are arranged in a curve, with 1 at the top center, 2 on the upper left and right, 3 on the lower left and right, 4 on the lower center, 5 on the upper left and right, 6 on the upper left and right, 7 on the upper left and right, and 8 on the lower left and right. The diagram is centered on a vertical axis with a horizontal cross. The top is labeled 'H', the bottom is labeled 'B', the left is labeled 'D', and the right is labeled 'G'.

**ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

# CABINET O. R.L.

Dr. DEBBAGH Abdennasser

Spécialiste O.R.L.

Nez - Gorge - Oreilles

Chirurgie Cervico-Faciale

Résidence Ibn Toumart E.S. N° 9

Sahat Al Madina - Tanger

Tél : 05.39.32.32.22

الدكتور عبد الناصر الدباغ

اختصاصي في أمراض الأنف، الحنجرة

والأنفين وجراحة العنق والوجه

اقامة ابن تومرت الطابق الأول رقم 9

ساحة المدينة طنجة

الهاتف : 05.39.32.22

Tanger, le

09/03/2020

future Xénoch

Polydexte der  
Dts x 3 /s

75

21.70

PLASTALINE 1000G  
Rue de l'Industrie N° 30  
Hauts de Tanger - Tanger  
Tél : 0524 95 95 34

Dr. DEBBAGH  
Abdennasser  
O.R.L.  
Residence Ibn Toumart  
place Al Madina - Tanger