

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-771042

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 12388		Société : R.A.M <i>38230</i>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	SEBBANE HICHAM
Nom & Prénom : SEBBANE HICHAM			
Date de naissance : 05 - 09 - 1974			
Adresse : 313 Derb Meknes El Aoua, MOHAMMEDIA			
Tél. : 06 11 77 58 38 Total des frais engagés : 0 DHS			

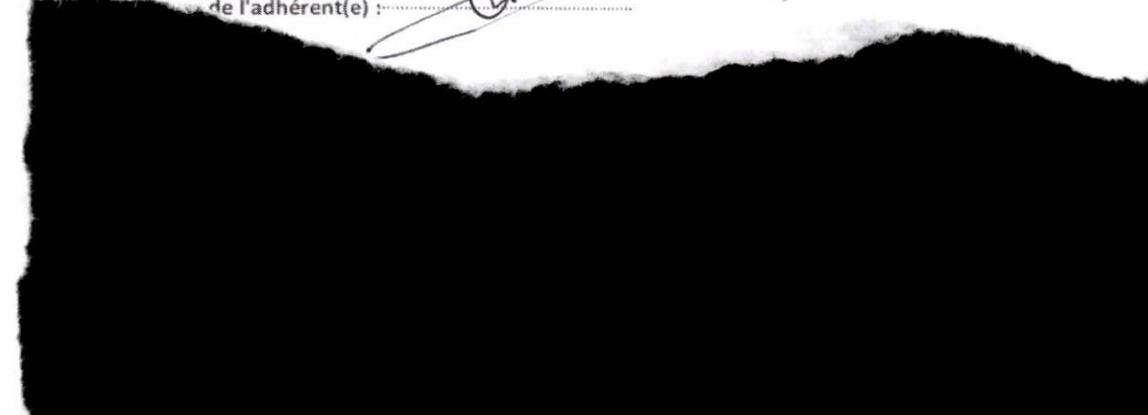
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
 SEBDRA MOHAMED	
Date de consultation : 22/01/2022	
Nom et prénom du malade : SEBBANE HICHAM	
Lien de parenté : Lui-même <input type="checkbox"/> Comptant <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : Maladie	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : None	
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 : **MOHAMMEDIA** le : **10/01/2022**

de l'adhérent(e) :



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
19/11/2022	1	1	860	011126490

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourmeisseur	Date	Montant de la Facture
AZI MOUTAH HARMAKIE IBN. RQD 011, Dabchabat Alia - Notahmed Tél: 05 22 32 21 20	10/11/22	5760

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

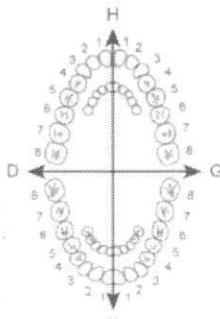
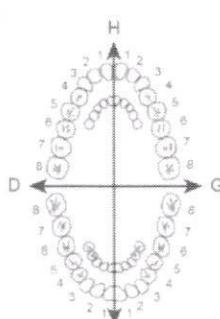
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>													
	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
	DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																
	FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES 	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															
		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>					H	25533412	21433552	D	00000000	00000000			35533411	G	00000000
H		25533412	21433552														
D		00000000	00000000														
		35533411															
G		00000000	11433553														
<p style="text-align: center;">B</p> <p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Therapeubique, nécessaire à la profession</p>																	

الدكتور محمد سديرة

طب الأطفال

الرضيع - الأطفال

خريج كلية الطب بباريس

الطب الرياضي

15، شارع الجيش الملكي

الطابق الأول - شقة رقم 4 - المحمدية

العيادة : 05 23 31 06 08

المستعجلات : 06 63 44 32 71

25.00
Prématuré - Nouveau Né - Ni
Diplômé de la Faculté de M
Médecine de Sport

15, Avenue des F.A.R
1er Etage - Appt N° 4 - Mohammedia
Tél.C. : 05 23 31 06 08
Urgences : 06 63 44 32 71

32.60

Mohammedia, le

10/11/2020

25.00 25.00 25.00 25.00
25.00 25.00 25.00 25.00



32.60

2.

57.60

TAZI MOUMEN
PHARMACIE IBN ROCHD
101, Dera Chahab, Alia - Mohammedia
TEL: 05 23 32 31 20

15.00 15.00 15.00 15.00
15.00 15.00 15.00 15.00

15.00 15.00 15.00 15.00

2.