

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° W21-783272

154684

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6828 Société : R.A.M.

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : RETRAITE

Nom & Prénom : FOUINS Chafik

Date de naissance : 4-12-1957

Adresse : LOT HABITAT N° 62 CUSA

Tél : 0619659477 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/01/2023

Nom et prénom du malade : M. Fouins Chafik Age : 65

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

Nature de la maladie : HTA

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 portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Adresses Mails utiles

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Praticien attestant le Paiement
02/01/2023		C+20012		Dr ARAFA SAKI Médecine Générale Echographie Médecin de Travail 84 Oued Sebou, Rue 174 n° Tél: 022 91 12 77 / INP: 09101197 ICE: 0021034500043

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Habiba N° 62720000 Bd Oued Sebou, Rue 174 n° Tél: 022 91 12 77 / INP: 09101197 ICE: 0021034500043	02.01.23	535,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

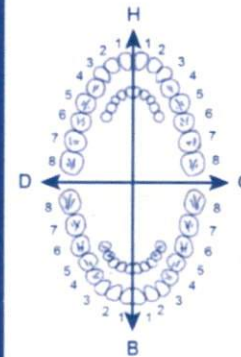
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

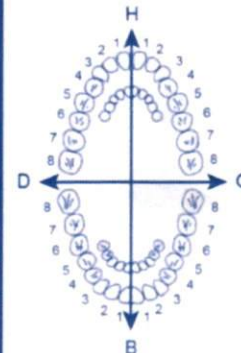
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21483552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

UT.AV : 06 2024 P.P.V. 89 20
LOT N° : FH5062 89/20

Diplômée en Echographie
par l'Université Hassan II
Médecine de travail

UT.AV : 06 2 25 P.P.V. 89 20
LOT N° : GE2156 89/20

UT.AV : 06 2 25 P.P.V. 89 20
LOT N° : GE2059 89/20

Casablanca, le : 02.01.2023 : الدار البيضاء، في

Dr CHAFIKA Zouine

89.20x6

1) Amlor 5mg (45)
02up / T. C. et x 0.2ms.

535,20

Dr ARAFA Sakina
Médecine Générale
Médecin de
Bd. Oued Sebou,
Tél : 022 91 12 72
ICE : 002103

UT.AV : 06 2 25 P.P.V. 89 20
LOT N° : Y8491 89/20

UT.AV : 06 2 25 P.P.V. 89 20
LOT N° : GE2059 89/20

UT.AV : 11 2024 P.P.V. 89 20
LOT N° : F40998 89/20

Tél : 05 22 93 84 50
ICE : 00204209700004
Habiba N°62/2000000
Bd Oued Daoura LORSEN
PHARMACIE ANNASS