

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 à caractère personnel.



Declaration de Maladie

N° W21-783272

154694

Optique

A

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

6828

Société :

P. A. M
RRTRai TB

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Zouine chafik

Date de naissance :

4-12-1952

Adresse :

LOT HABSA m: 62 CSA

Tél. :

0619619677

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Dr ARAFA Sabrina
Médecine Générale Echographie
Médecin de travail
Bd. Oued Sebou, Rue 174 n°65
Tél: 022911277 / INP : 091011913
ICE : 00210345000043

Cachet du médecin :

Date de consultation :

02/01/2023

Nom et prénom du malade :

Zouine chafik

Lien de parenté :

Lui-même

Nature de la maladie :

HIA

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, compléquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

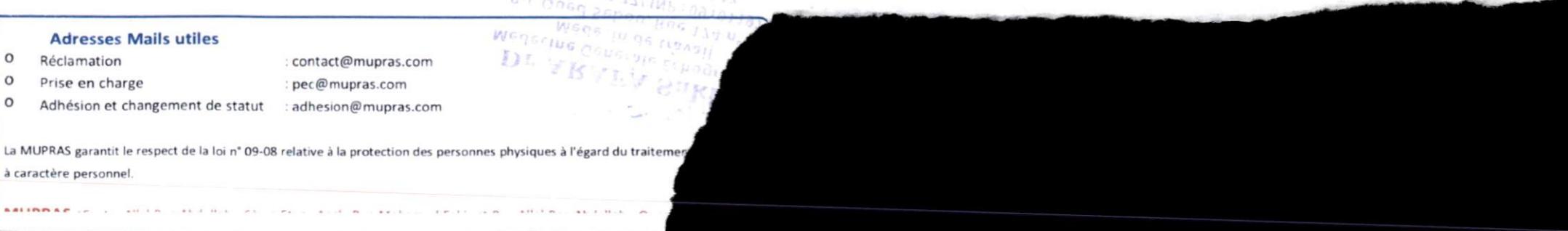
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je suis au courant de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

24 Mai 2023



RELEVE 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	02/01/2023	02/01/2023	02/01/2023	INP: 0910119 Dr ARAFA SAKI Medecine Générale Echographe Médecin de travail Bd Oued Sebou, Rue 174 n° Tél: 022 91 12 77 / INP: 0910119 ICE: 0021034500043

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
INPE: 091010322	23/01/2023	535,20

ANALYSES - RADIographies

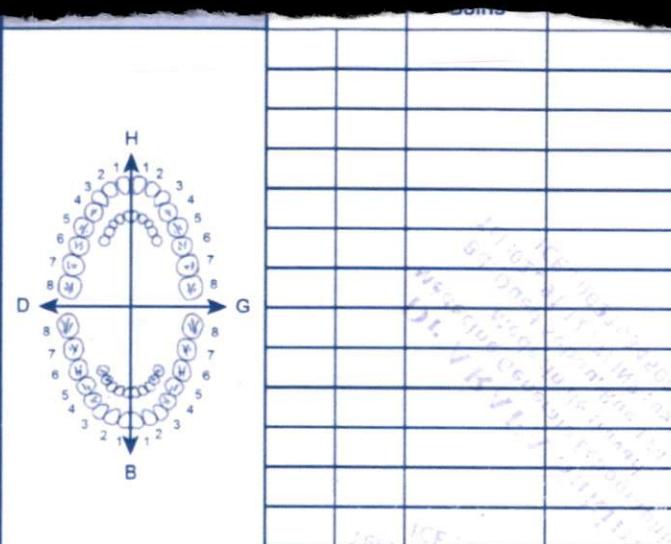
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

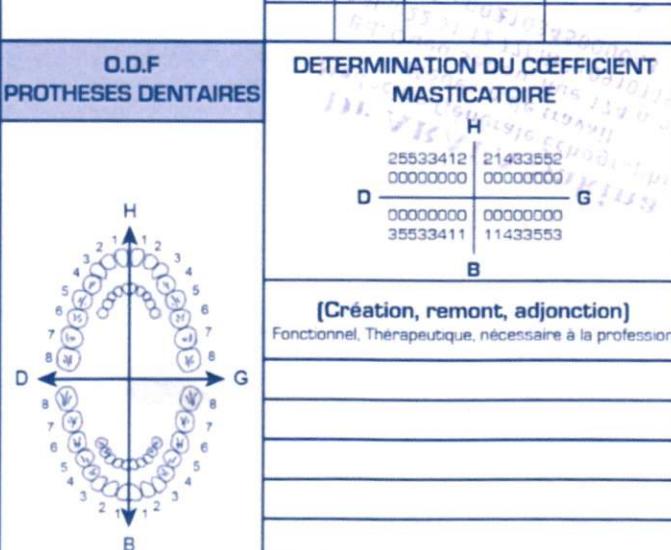
Cachet et signature du Particier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

25533412	21433552
00000000	00000000
35533411	11433553

B G

(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'EXE

UT.AV : 06 2994 P.P.V.
 LOT N° : FH 5062 89 20
 89 120

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

UT.AV : 04 2 25 P.P.V.
 LOT N° : GE 2156 89 20
 89 120

Casablanca, le : 02.01.2023 الدار البيضاء، في :

90 CHAFIKA Louine.

89.20^{x6}
1) Amloksup 45
02up / T Cet x 0fins.

535,20

Dr ARAFA Sakina
 Médecine Générale
 Médecin de famille
 Bd. Oued Sebou, Casablanca
 Tel: 022 91 12 77 / 02103
 ICE: 00204209700002

UT.AV : 02 9 25 P.P.V.
 89 20
 LOT N° : 148691 89 120

UT.AV : 04 2 25 P.P.V.
 89 20
 LOT N° : GE 2059 89 120

UT.AV : 11 2 24 P.P.V.
 89 20
 LOT N° : F 0604 89 120

Tél : 05 22 93 84 36
 ICE : 00204209700002
 Habiba N° 62/20
 Bd Oued Daoura Lotissement
 PHARMACIE ANNABA