

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

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

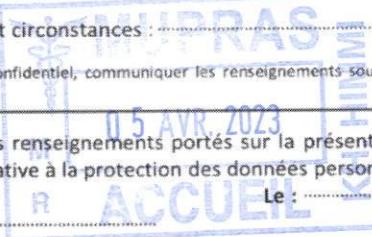
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W21-714456

AS6131

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : AA689		Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
Nom & Prénom : AIT BAHADDOU SAÏDA			
Date de naissance : 12 - 09 - 1972		Autre :	
Adresse : Jamila 5 Rue 10 N° 5 C. D. Casab.			
Tél. : 06 60 46 97 61		Total des frais engagés : _____ Dhs	

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin : 	
Date de consultation : _____ / _____ / _____	
Nom et prénom du malade : _____	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
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) : 	

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
.....	INP : <input type="checkbox"/>
.....	
.....	
.....	

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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 l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a 10x10 grid of numbered circles. The numbers range from 1 to 8, with some circles containing multiple numbers. Arrows indicate movement paths: a vertical arrow on the left side, a horizontal arrow at the bottom, and diagonal arrows connecting adjacent circles. The grid is bounded by a dashed line.

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVOIR

150A ET SACHEZ DU PRATICIEN AFFECTANT L'EXECUTION

Dr. Amina ARROUBI

OMNIPRATICIENNE

Ancien Médecin Chef de Centre de Santé Sbata
Diplôme Universitaire
Gynécologie (Colposcopie, Infertilité)
Diabétologie - Echographie
Spécialiste en Médecine du Sport

الدكتورة أمينة عروبي

الطب العام

طبيبة رئيسة سابقة بالمركز الصحي سيادة

حاصلة على دبلومات جامعية

طب النساء (فحص عنق الرحم، تأخير الإنجاب)

مرض السكري - الفحص بالصدى

أخصائية في الطب الرياضي

أخصائية في الطب الرياضي

Le 30-01-23

Mr (Mme)

RABIA RABANI

739,50 1) Zinloxy

88 pc 058

76,00 2) Andol-ut

ug22

99,50 3) Additiva utel

ugp/

59,18 4) Ense Sip
ready

شارع وادي الذهب، جميلة 5، زنقة 181 رقم 55 أمام صيدلية سكيبة

Tél./Fax: 05 22 56 56 46 - Email : dr.amina.arroubi@gmail.com
Avenue Oued Dahab, Jamila 5 rue 181, N° 55, enface pharmacie skiba



A. REMPLIR PAR LE MEDECIN

NOM et Prénom du malade :

Nature de la maladie

En cas d'Accident (Causes et Circonstances)

Age : Ans

DETAIL DES SOINS

CONSULTATIONS - VISITES - CHIRURGIE - HOSPITALISATION



AtlantaSanad

ASSURANCE



AS0002138180/20

CONVENTION GROUPE

DECLARATION DE MALADIE

(à utiliser par maladie et par personne)

A remplir par la contractante

Numéro d'adhésion 129. Date de
AtlantaSanad Dépôt du dossier

Numéro de bordereau

Matricule de l'assuré 2578

N° de police / N° de filiale 20/64

Numéro de Sinistre
(si ouverture par système)

Cachet Contractante

A remplir par l'assuré

Nom et prénom de l'assuré (en lettres capitales)

RAJI MOUSSA N° CIN BH528950

Nom et prénom du malade

RAJI IMANE Lien de parenté M1 fille

Date des soins

Signature de l'assuré

Montant des frais exposés 454,00 Pts

Cadre réservé à Atlantasanad

Cachet de la Cellule Accueil

A Casablanca, le :

Volet détachable à présenter en cas de réclamation

N° DECLARATION

Nom de l'assuré : RAJI MOUSSA Matricole : 2578 CIN :

N° de police / N° de filiale : 20/64 Numéro d'adhésion :

Frais exposés : 454,00 dh Date de dépôt : 14.02.2023

N° de sinistre :
(si ouverture par système) Numéro de bordereau : Date des soins : 30/04/23



AS0002138180/20

DECOMPTE DE PRESTATIONS MALADIE

Contrat N° : 004.2020.00000064-00 **Ste Contractante** : LEONI WIRING SYSTEM **Soin du** : 30/01/2023
Adhésion N° : 00001209 **Adhérent(e)** : RAJI MOUSSA **Sinistre N°** : 040.2023.00080802
Malade : E004 - IMANE **Déclaré le** : 24/02/2023 **Date Règlement** : 06/03/2023
N° Règlement : 2023039056

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%)/Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
CONSULTATION DE GENERALISTE	150.00	0.00	150.00	80.00	120.00
Pharmacie	314.00	0.00	314.00	80.00	251.20
Totaux	464.00	0.00	464.00		371.20

Dossier N° : 2909590

Règlement Compagnie (Dhs)

371.20

Observation(s) :

Signature de l'adhérent(e)

DECOMPTE DE PRESTATIONS MALADIE

Contrat N° : 004.2020.00000064-00 **Ste Contractante** : LEONI WIRING SYSTEM **Soin du** : 30/01/2023
Adhésion N° : 00001209 **Adhérent(e)** : RAJI MOUSSA **Sinistre N°** : 040.2023.00080802
Malade : E004 - IMANE **Déclaré le** : 24/02/2023 **Date Règlement** : 06/03/2023
N° Règlement : 2023039056

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%)/Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
CONSULTATION DE GENERALISTE	150.00	0.00	150.00	80.00	120.00
Pharmacie	314.00	0.00	314.00	80.00	251.20
Totaux	464.00	0.00	464.00		371.20

Dossier N° : 2909590

Règlement Compagnie (Dhs)

371.20

Observation(s) :

Signature de l'adhérent(e)

