

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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



Déclaration de Maladie

N° W21-622803

165173

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Mutuelle : RAM Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : ABDELN SADI		
Date de naissance : 13/08/1962		
Adresse : 4, Rue DZATI TOUNSI AV. MARS - 20000		
Tél. : Total des frais engagés : Dhs		

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
Date de consultation : 11/11/2023		
Nom et prénom du malade : 31 F D EN SAID Age:		
<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
Lien de parenté :		
Nature de la maladie : Etat dépressif		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances		
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, je communiquerai les renseignements sous 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 :

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHERENT



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
11-5-623	C3	350 ou		INP : 09149770 ✓ Dr. LYAZIDI Abdelkrim Nurse Paraphrase.

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

092050244

EXECUTION DES ORDONNANCES		Montant de la Facture
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	
Pharmacie REGIONALE A.S.A. 111 Bd. de la Casablanca 313	15/05/23	219,66

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

**Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue.**

2. Culture du Radiologue.

AUXILIAIRES MEDICAUX

**Cachet et signature
du Particulier**

Date des soins

Nombre _____

Montant détaillé des Honoraires

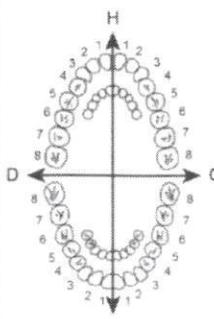
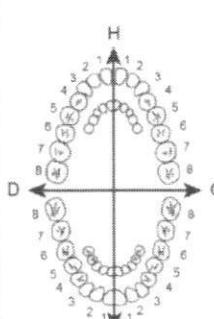
AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

BELEVE 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'ODD.

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"/>		
	D.O.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H		H			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	25533412 21433552		00000000 00000000			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	D 00000000 00000000		G 35533411 11433553			
	B		B			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>		

Docteur LYAZIDI Abdelkrim

NEURO - PSYCHIATRE

((Ex. Médecin du C H U Avicenne
de Rabat))

83, Bd du 11 Janvier - CASABLANCA

(à Côté du Cinéma Colisée)

Tél. & Fax : 0522.44.36.50

Sur Rendez-Vous

عبد الكريمه

لاري

PPV

LOT

PER

ض النفسي

من الرأس

مركز الصحي

بالرباط

دار البيضاء

(لزكي)

0522.44.3

28/20

0661 8524 09

الدار البيضاء في : 11.5.20.23 Casablanca le :

PPV
LOT
PER

28/20

50412

7² BIFDEN SAID

INP 092050244

83.70 - Dernier + 2s
1/1 S.V p meth

51.80 2 - Individuel W

28.80 x 3 = V. S.V. 1/1
sulpi. sal. G. S.V. 1/1
1/1

219,60

01 my

Dr. LYAZIDI Abdel
Neuro Psychiatre
83, Bd 11 Janvier - Casablanca
Tél: 05 22 44 36 50

A Revoir le : 15 Janvier

Durée de Taitement

