

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6893 Société : RAM 175043

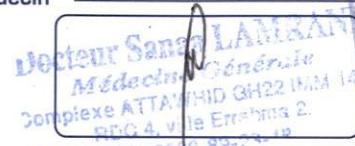
Actif Pensionné(e) Autre : OUAIFI SAID

Nom & Prénom : OUAIFI SAID Date de naissance : 01-08-1979

Adresse : 37 RUE DE IRIS Beauséjour Tél. : 0660 91 54 23 Total des frais engagés : 357,00 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04 SEPT 2023

Nom et prénom du malade : OUAIFI SAID Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection Respiratoire

En cas d'accident préciser les causés 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 : 0292 01 23 21

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 01/09/2023

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
04 SEPT 2023	Contrôle	gratuit		CCS Médecin atteste paiement honoraires RUC4, 141 de 199-1410

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 MACLEAN WILSON Rue des Annouars A.C. Bajid Annour - Boudjelal 0522 36 84 30 - Casablanca 092009513011.09.23	09.23	357.00

11

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

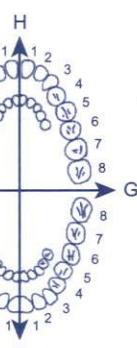
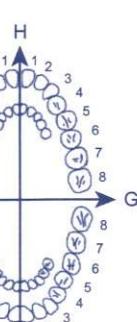
AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	D	G	B	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

*Omnipraticienne
Médecine d'Urgence*

- Diplômée de la Faculté de Médecine et de Pharmacie De Casablanca
- Certificat de Médecine d'Urgence et d'Oxyologie à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca

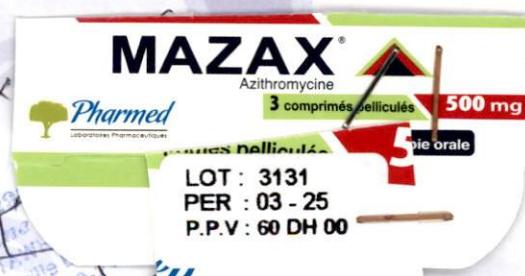


طب العام
طب المستعجلات

خريجة كلية الطب والصيدلة
بالدار البيضاء
شهادة طب المستعجلات بكلية
الطب والصيدلة بالدار البيضاء

RDV :
Contrôle :
Consultation :

04 SEPT 2023



المجمع السكني التوحيد ج 22 عمارة 149 الطابق السفلي رقم 4 مدينة الرحمة 2

Complexe ATTAWHID GH22 IMM 149 RDC 4, Ville Errahma 2.

Tél : 05 22 89 23 18 - GSM : 06 93 80 76 86 - Email : lamranisanaaaa@hotmail.fr