

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.

M23-000611

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 00447 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre : MARNASSI Ahmed MAROUI

Nom & Prénom : MARNASSI Ahmed Date de naissance : 07.01.1943

Adresse : Resid Al Wam Imm 12 N° 7 OULFA Casab

Tél. : 06.61.20.83.36 Total des frais engagés : 332,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*Maladie longue
durée déclaration
jeune.*

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age : 80

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : Casab Le : 08/09/2013

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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

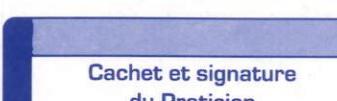


EXECUTION DES ORDONNANCES

Date	Montant de la Facture
08/09/2023	332,10



ANALYSES - RADIOGRAPHIES



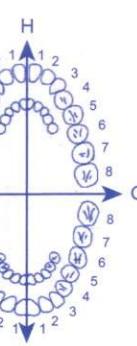
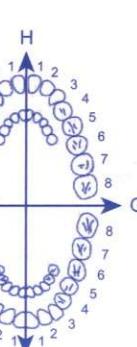
AUXILIAIRES MÉDICAUX

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																					
				Début d'exécution																					
				Fin d'exécution																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	D	B	G	25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553			Coefficient des travaux
H	D	B	G																						
25533412	21433552																								
00000000	00000000																								
00000000	00000000																								
35533411	11433553																								
				Montants des soins																					
				Date du devis																					
				Date de l'exécution																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE SALMA
SALMA
BD OUM RABIE EL OUAFAA 1 N°15
CASABLANCA

Tél : 0522895772

08/09/2023

Client : MR MARNISSI AHMED

FACTURE N° : 15530 du 08/09/2023

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
3	XOLAMOL SOLUTION OPHT 5 ML	110,70	332,10	7%
Total TTC				332,10

Arrêtée la présente Facture à la somme de :
TROIS CENT TRENTÉ DEUX DIRHAMS ET DIX CTS

	TAUX	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	310,37	21,73	332,10
		310,37	21,73	332,10



DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom : JARNASSI Ahmed

N° CIN :

Matricule :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : JARNASSI Ahmed

Spécialité : OPHTALMOLOGIE

N° INPE :

N° ICE :

Certifie que Mlle, Mme (M.)

JARNASSI Ahmed

A vie

Nécessitant un traitement d'une durée :

< 3 mois Entre 3 et 6 mois

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

Neuropathie optique bilatérale
(H.T.O. EXCONVOLATION PAPILLAIRE)

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

COSOPT COLLYRE 15Ux2/J 39ml flacon
XOLANSE COLLYRE 1M+2/J 37ml flacon

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables
Fait à : CASABLANCA le 26/01/2023



*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel. MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées