

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.

Nº M21- 0026628

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1765 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : Saad Ddiq Noureddine
 Date de naissance : 8.4.52
 Adresse : Res. Al Qasrata Atlas 1/2
Marrakech
 Tél. : 06 13 76 64 Total des frais engagés : 1.000 dh Dhs

Autorisation CNPD N° : A-A-215 /2019

Cadre réservé au Médecin CHRAIBI Abdelhamid

Chirurgie Oto-Rhino-Laryngologique
De Médecine Aéronautique
 Rue de La Liberté Imm. My Youssef
 (au dessus Café Zohor)-Guéliz-Marrakech
 Tél : B. 05 24 44 81 01 / 06 61 18 94 42 99 0006

Date de consultation : 11/12/2023

Nom et prénom du malade : SAAD DDIQ Noureddine Age : _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Bronchite aigüe

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 : _____

Signature de l'adhérent(e) : Jeannine



ACCUEIL
I. BOUARACHE

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº M21- 026628

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : _____

Nom de l'adhérent(e) : _____

Total des frais engagés : _____

Date de dépôt : _____

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 DEC 2013	Consultation Prise en charge	1	400	Dr. CHRAIBI Abdellah Spécialiste Rhino - Byniologiste Médecine Aéronautique N°SIC : 10189429-000069 Signature : Laminez - Marrakech T.F. 06 10 189429-000069

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

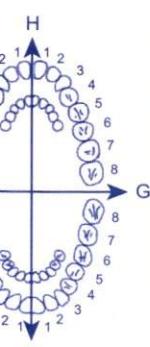
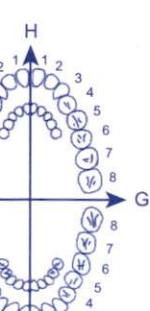
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Dr. CHRAIBI Abdelhamid

Diplômé de la Faculté
de Médecine de Paris
Spécialiste maladies et chirurgie du
Nez - Gorge - Oreilles
Spécialiste en Médecine Aéronautique

الدكتور الشرايبي عبد الحميد

خريج كلية الطب بباريس
متخصص في أمراض و جراحة
الأذن و الحنجرة و الأذنين
متخصص في الطب الطيرياني

Marrakech, le : 1.1. DEC. 2023

مراكش، في : 1.1. DEC. 2023
Mr. Saddiq, Nomedan

Original - Coll. on Work

3/10/2023

Dr. CHRAIBI Abdelhamid
Chirurgie Oto - Rhinô - laryngologique
Des Médecine Aéronautique
Rue de la liberté Imm. My Youssef
(au dessus Café Zohor) - Guéliz - Marrakech
Tél : 05 24 44 81 01 / ICE 001894429 000069