

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

- Reclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7735

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : WASMIN SAADIA

Date de naissance : 12/12/1964

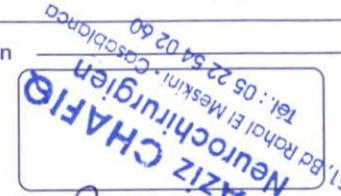
Adresse : 1001 Rue Ben Abdellah

Tél. : 06 76 78 66 05

Total des frais engagés : 350 + 100,170 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/10/2024

Nom et prénom du malade : WASMIN SAADIA

Age : 59 ans

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nenç

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 : 02/10/2024

Le : 02/10/2024

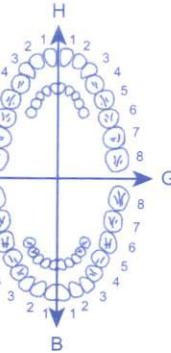
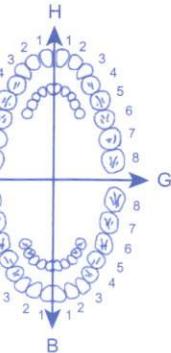
Signature de l'adhérent(e) :

8-

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMACIE HALEF WAM DOUAI 59 FRANCE	02/05/2024 NADF0920309AF	1001,70 DA

ANALYSES - RADIographies			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

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

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 (List of teeth treated)	Nature des Soins (Nature of treatments)	Coefficient (Coefficient)	COEFFICIENT DES TRAVAUX											
MONTANTS DES SOINS															
DEBUT D'EXECUTION															
FIN D'EXECUTION															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2">25533412 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">35533411 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> </table>		H	21433552	25533412 00000000		00000000 00000000		D	00000000	35533411 11433553		B	00000000	
	H	21433552													
	25533412 00000000														
	00000000 00000000														
	D	00000000													
	35533411 11433553														
	B	00000000													
	[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															

Docteur Aziz CHAFIQ

NEUROCHIRURGIEN

Chirurgie du Système Nerveux Central et de la Colonne Vertébrale

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris
Ex. Chirurgien au C.H.U. de Bicêtre (PARIS)

Sur Rendez-Vous

Casablanca, Le

الدكتور عزيز شفيق
اختصاصي في جراحة الدماغ
والجهاز العصبي والعمود الفقري

خريج كلية الطب بيارة

جراح سابق بالمستشفى الجامعي بيستر (باد بس)

الموعد