

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

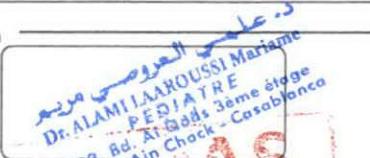
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W19-498192

14085

Optique Autres

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire
Cadre réservé à l'adhérent (e)	
Matricule :	12.903
Société :	Royal Air Maroc
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)
Nom & Prénom : EL FARIESI Oussama	
Date de naissance : 17/08/1990	
Adresse :	123, Rue Theodore de Banville Val fleuri, Casa blanca
Tél. :	06 61 49 73 02
Total des frais engagés : Dhs	

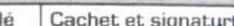
Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
 Dr. ALAMI LAAROUSSI Mariame 103, Bd. Al Gaddas 3ème étage Ain Chock - Casablanca	
Date de consultation : 09/12/2018	
Nom et prénom du malade : 25 DEC. 2018	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Bronchite Acute/Sec/ram	
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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET

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
02/12/09	C2		2100 DH	INP : <input type="text"/>  DR. AL AMRI M.D. 2nd. ad. PEDIATRIC 3rd. ad. Al Qods 3rd. ad. Al Charki 4th. ad. Al Charki

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																							
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées (List of treated teeth)	Nature des Soins (Nature of treatments)	Coefficient (Coefficient)	INP : <input type="text"/>																			
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																			
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																			
				DÉBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>																			
				FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>																			
				O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 																			
				DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: 100px;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					H	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
				H	25533412	21433552																	
				00000000	00000000	00000000																	
				D	00000000	00000000																	
B	35533411	11433553																					
G																							
Coefficient des travaux <input type="text"/> Montants des soins <input type="text"/>																							
Date du devis <input type="text"/> Date de l'exécution <input type="text"/>																							
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																							
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																							



El Farissi KENZA

19 Ans

- 1) Nodol feu aigre
1 dose (11) / 6h.
- 2) Clavulane 500mg enfant
1 dose (11) X 3 J + 1 J fr
- 3) Stéadol 500mg
5ml x 2 J.

CLINIQUE PEDIATRIQUE
ATFAL

50, Bd. Abderrahim Bouabid
Casablanca - Oasis - Casablanca
Tél : 05 22 23 50 28
Fax : 05 22 23 50 28
Bd Abderrahim Bouabid
Casablanca - Tel : 05 22 23 50 28
Fax : 05 22 23 50 28
Bd Abderrahim Bouabid
Casablanca - Tel : 05 22 23 50 28
Fax : 05 22 23 50 28

ALMA PEDIATRIC MAROC
ALMA PEDIATRIC MAROC
ALMA PEDIATRIC MAROC
ALMA PEDIATRIC MAROC



Note d'honoraires

Nom et prénom

ELFAIFI Zi Konga

Diagnostic

§

Intervention

460Dh

Cotation

Honoraires

Casablanca, le

21/12/19

Signé