

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.

Déclaration de Maladie

Nº W19-538614

MLX

32923

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 04387 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BOUAYAD NADIA

Date de naissance : 13/12/1953

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 069232644 Total des frais engagés : 239 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : JABER BOUAYADA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : MLX

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 : CASABLANCA Le : 01/07/2020

Signature de l'adhérent(e) : 01/07/2020

Le : 01/07/2020

Age:

Enfant

Conjoint

Lui-même

Cachet du médecin :

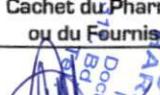
15.07.2020

ACCUEIL

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/04/20	238,-00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

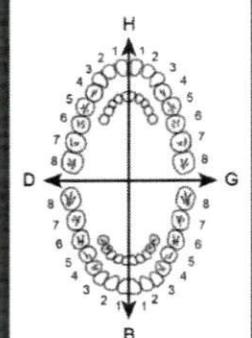
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT			
	SOMME DES MONTANTS			
	SOMME DES DEBUTS			
	SOMME DES FINES			
	SOMME DES INP			
	SOMME DES COEFFICIENTS			
	COEFFICIENT DES TRAVAUX			
	MONTANT DES SOINS			
	DEBUT D'EXECUTION			
	FIN D'EXECUTION			
	INP			
	COEFFICIENT			

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	D
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

PROTHÉSES DENTAIRES		MASTICATOIRE		CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
		<p>H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B</p> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			
				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

Tél : 022860570

MR BOUAYAD

FACTURE N° : 18355 du 01/07/2020

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	COAPROVEL 300/12.5MG B28 CPRS	239,00	239,00	0%
Total TTC				239,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :
DEUX CENT TRENTÉ NEUF DIRHAMS

	TAUX	HT	TVA	TTC
0%Ar91	0,00	239,00	0,00	239,00
		239,00	0,00	239,00

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebaï Casablanca
Co-aprovel 300mg/12,5mg
B28
P.P.V : 239,00 DH
6 118001 081035

