

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.

Biologie 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.

Éducation :

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

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

Nº P19-

044760

ND 42710

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10553

Société : RAM

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : DABAOURA

ABDELLAH

Date de naissance : 25.06.53

Adresse :

Tél. : 061 256439 Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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) :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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 soins
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux
		H			
	D	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553		
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			
					Date du devis
					Fin de

VOLET ADHERENT NOM : Mie

DECLARATION N° W18-365891

Date de Dépôt Montant engagé Nbre de pièces Jointes

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle



W18-365891

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mie 10553

Nom & Prénom RABASOUD ASSOCIATIF

Fonction Représentant Phone. 066 125 64 39

Mail

MEDECIN

Prénom du patient BOUHESS SAADIA

Adhérent Conjoint Enfant

Age Date 28/09/20

Nature de la maladie

Date 1ère visite

HTA / OII / A

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
C		150 DH

PHARMACIE

Date 28/10/2020

Montant de la facture

1806,90

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Date :

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

00 ULL. 2020

ACCUEIL

Dr. MABROUK Sanaa

MEDECINE GÉNÉRALE

- Diplôme Universitaire d'Échographie Générale de la faculté de Médecine de Rabat
- Diplôme Universitaire de Gynécologie Infertilité et Suivi de Grossesse (Bordeaux - France)
- ECG
- Cupping Thérapie



الدكتورة مبروك سنا

الطب العام

- دبلوم جامعي في الفحص بالصدى

من كلية الطب بالرباط

- دبلوم جامعي في أمراض النساء

العقم عند الزوجين ومراقبة الحمل

(بوردو - فرنسا)

- التخطيط الكهربائي للقلب

- الحجامة الطبية

Casablanca, le 28/10/2020 الدار البيضاء في

BON H E S S SAADIA

158,30 x 4
11 A provel 150 mg.

1 pme 1j le matin

262,00 x 3
21 Coro lo 5 mg

1 cplj le matin
3 mois

60,40 x 3
3) A man el 2mg

1 cplj le matin
3 mois

17,10x6
u) Netformin white 850

115 121j 121i

87,90x1 be re pos 3 min

5) ~~EW~~ slow Ig Bla 1

Market adj (obj)

16,00

6) Andrew C

1 pick α 31

$$\overline{D} = 1806,90$$

Dr. MARCIA SAMIA
MEDECIN EN PEDIATRIE
31, AVENUE DE LA LIBERTE
75017 PARIS

