

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-diapositive 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.

Déclaration de Maladie

Nº W19-575837

49932

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8140

Société :

R-A-M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL ALAMA

MOUVINIR

Date de naissance :

15-06-70

Adresse :

Résidence le CLUB, Rte Mby Thami N°35, H1H
CASA.

Tél. : 06.67.27.51.44

Total des frais engagés : 47,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

CHARAF Fatima

Age : 41

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Compte

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.



avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASA

Le : 27/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :

| 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"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | Montant détaillé des Honoraires | |
|---------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|--|
| Cachet et signature du Particulier | 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 canalaire, 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"/> | | | | | | | | | | |
| | | | | Début d'exécution <input type="text"/> | | | | | | | | | | |
| | | | | Fin d'exécution <input type="text"/> | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES  | | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | H | G | 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | D | B | 00000000 35533411 | 11433553 | B | |
| H | G | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | | | | | | | | | | | | | |
| D | B | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 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"/> | | | | | | | | | | | | |

صيدلية المصححة Pharmacie Polyclinique

58, Route Moulay Thami - Casablanca
 (Mazola, Hay Hassani)
 Tél. : 0522 90 21 67
 GSM : 0661 33 20 87

R.C: 173955
 T.P.: 35012475
 I.F: 51469100
 C.N.S.S: 1120039
 ICE : 001527269000086

Casa le: 27 M 20 FACTURE № 001310

M

| QUANTITÉ | DESIGNATION | PRIX UNIT. | TOTAL |
|----------|---------------|------------|-------|
| 01 | Alexomedex SV | 14,00 | 14,00 |
| 01 | Perfume SV | 33,10 | 33,10 |
| | | | 47,10 |

TEL: 0522 90 21 67 Casa
 58, Route Moulay Thami Hay Hassani
 DR. TIR Abdelaziz
 PHARMACIE POLYCLINIQUE

اكزو ميدين®

عابر للجلد
 إكزاميدين



14,00

قارورة 60 مل

33,10