

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 canalaire, 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 canalaire.

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° W19-499810

CA

16215

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

11471

Société

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

A.SERRARZ Justapha

Date de naissance :

13/12/74

Adresse :

n° 191 LOT MABROUKA. SIDI MARROUF Casablanca

Tél. :

06 66 35 08 93

Total des frais engagés :

559,20

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Nezha RAÏS
Pédiatre
Hay Nassim Res. Mouna Sebaa
Imme. 216 Appt. 86 - Casablanca
Tél : 06 62 07 41 67

ATFAL
PEDIATRIQUE
Casablanca
05 22 23 50 28

Date de consultation :

ASERRAR Ahmed Loukmane Age: 12 ans

Nom et prénom du malade :

Aserrar Ahmed Loukmane

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Gastroite

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 : 08/01/2020

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-499810

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 11471

Nom de l'adhérent(e) : ASERRAR

Total des frais engagés : 559,00 Dhs

Date de dépôt : 08/01/2020

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
21/12/2020	CS		Montant total : 1000 Dhs Montant par acte : 500 Dhs	INP : 091118185 Dr. Nezzar Salma Spécialiste Mourad El Mekki
	BFC			

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		AM	PC	IM	IV		

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature de																
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'O.D.F.																
	Dents Traitées	Nature des Soins	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"/>																
	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	B	00000000	00000000													
	G	35533411	11433553													
	CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
	DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
	DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>															
O.D.F. PROTHÈSES DENTAIRES																
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																



مصحة أطفال
CLINIQUE ATFAL

03.01.2020

A SERHAR Ahmed

Louk RANE

131,10

① Noprel ho

1 gellule le soin



28,10

② Vagelin e

1 loc x 31,0



15-

AV

MPS.

159,20

50, Bd. Abderrahim Bouabid (ex. Djedada) Oasis - Casablanca
© 0522.231.818 (8 LG) / 0522.235.073 - Fax : 0522.255.020 Email : atfalclinique@gmail.com

Dr. Nezha RAIG
Réhydratee

Hay Nassif Rcs. Mounia Salma

Imm. 216 Apt 106 Casablanca
Tél: 0662 207 4147

CLINIQUE ATFAL



مصحة أطفال



Reçu de Caisse № 0003478

Casablanca, le

3/1/2020

Nom & Prénom : ASEDRAZ Ahmed

Montant : 400 Dh

Mode de paiement : Chèque

Espèces

