

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° W19-415292

CP

ND = 18032

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12289 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BEKKARI Med Karim

Date de naissance :

18 Nov 81

Adresse :

86 Rue Thel Azorki F-7 CIC Sén

Tél. : 0661.630388

Total des frais engagés : 557,5

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

BEKKARI LINA

Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

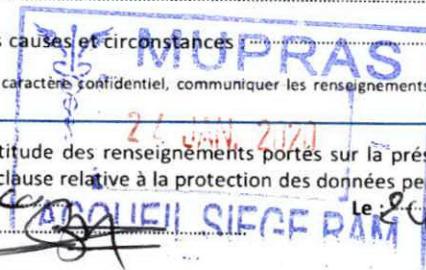
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Casablanca Le 24/01/2020

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des soins
					MONTANT DES SOINS
					DÉBUT D'EXÉCUTION
					FIN D'EXÉCUTION

ODF Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux
		H	25533412	21433552	
D			00000000	00000000	
			00000000	00000000	
			35533411	11433553	
					MONTANT DES SOINS
					DATE DU DEVIS
					FIN DE

VOLET ADHERENT	NOM :	Mme
DECLARATION N°	W18-370390	
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		

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 12289
Nom & Prénom BEKKARI Hoc Karim		
Fonction CDIB	Phones. 0661630382	
Mail KBEKKARI@RAM		

MEDECIN	Prénom du patient	Bobikarli	Lina
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
INFECTION SE Dr. Ghali			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
		32900004	

PHARMACIE	Date 07/01/20
Montant de la facture	
257,50	

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES		Date
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	

AUXILIAIRES MEDICAUX				Date
Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

PHARMACIE OULMES
LARAKI HAKIMA
ANGLE BD GHANDI ET
Y EL MANSOUR 360806

الدكتور الغالي مشيش العلمي
Docteur Ghali MECHICHE-ALAMI
Pédiatre
Diplômé de la faculté de médecine de Paris

PHARMACIE OULMES
LARAKI HAKIMA
ANGLE BD GHANDI ET
Y EL MANSOUR 360806

Casablanca le: 07 JAN. 2020

PPV 1700 50
1380 6/12
11480

PPV: 70,60 DH
LOT: 621962
PER: 03/2021

21,80 y Polydax fm nivalis

21,80 y

PPV 18,160
PER 09/21
LOT 111952

58,40 y Epifagus lanug

19,5

70,60 x2 143 l urthi 18,50

70,60 y Seifnatura myrsinifolia

PPV:80DH00
PER:11/22
LOT:12706

18,60 y Bm chotu 18,60

18,60

17.50 D Hijab 

ny. 15 x 13 21 us fl

~~257.50~~ 8) Petit kid gomme
multicolore

1 forme x 2 {

Dr. Ghali MECHICHE-ALAMI
Pédiatre
281, Bd. Dr. Ben Youssfi
Casablanca
Tél: 0522 23484 / 0522 792017

PHARMACIE DULMES
LARAKI HAKIMA
ANGLE BO GHANDI ET
Y EL MANSOUR 360806