

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.

Médecine 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 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

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 [LG] - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Optique **19554** Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **1488** Société :

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : **RABIA MOUINE JAMILA**

Date de naissance : **20/6/52**

Adresse : **JML 29, Apt 4-2^e étage, Nour California cas**

Tél. : **0660168100** Total des frais engagés : **X 2900,00 Dhs**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **20/01/2020**

Nom et prénom du malade : _____ Age : _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **effacement de la peau**

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 : **CMJA**

Le : **04/02/2020**

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
21/01/2020	CS		300,00 Dhs	
				
				
				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

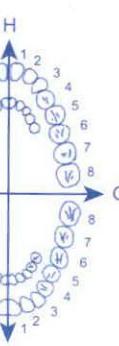
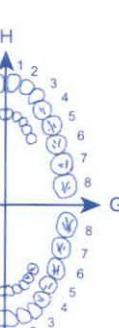
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	24 01 2020					2600,00 0h

BELIEVE 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'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000 D 00000000 35533411	G	21433552 00000000 00000000 11433553
	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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



Date : / /

Ordonnance

Casa, le mardi 21 janvier 2020

RAHMOUNE Jamila

UNE PAIRE DE LUNETTES + MONTURE :

DE LOIN Organiques

Oeil Droit : (105° -1,00) · 0,75 ,

Oeil Gauche : (51° -0,75) ,



KADER OPTIQUE

**404, Av. Abdellah Senhaji
Idrissia 1 - Casablanca**
Tél. : 05 22 28 70 73
Fax : 05 22 80 18 36
Patente : 33664052
C.N.S.S : 23561145
R.C. : : 20 47 88

FACTURE N° 0003660

FACTURE

Nº 0003660

Casablanca, le 26/01/2020

M Rahmaune Tamila

$$\begin{aligned} \text{O.D.} &= (10\bar{a} + 10\bar{c})/0.75 & \text{ADD.} = \\ \text{O.G.} &= -0.75(a + c) & \text{ADD.} = \end{aligned}$$

ADD =

- ADD. =

Ordonnance du docteur

C. International

NRS de nomenclature correspondants à la prescription	Loin { O.D. = O.G. =	Prés { O.D. = O.G. =	D.F. { O.D. = O.G. =
---	--	--	--

FOURNITURE :

Montures : Coptique 1000,00 1000,00

Verres : Organique AR 800 x 2 1600,00

TOTAL :

2600,00 Dh

Arrêtée la présente facture à la somme de :

deux mille six cent

