

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

- 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.

N° W19-454880

ND = 19641

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 7649			
Société : RAM			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BOULBLAH Rachid			
Date de naissance :			
Adresse : JN 143 APT 4 Casab 4 oufha casa			
Tél. : 0668783299 Total des frais engagés : _____ Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Dr. Amine SAIKI Spécialiste ORL Spécialiste Radiologie Spécialiste Cervico-Faciale Spécialiste Anesthésie Spécialiste Radiologie			
Date de consultation : 20/12/2019			
Nom et prénom du malade : Dr. Amine SAIKI			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Comptant <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : ORL			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 04 FEV. 2020			
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.			
ACCUEIL			

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) : _____

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
25/12/2014	C		200,00	INP : <i>OMCB 2014</i> <i>DR. ALEXANDRE O.R.L.</i> <i>DR. ALEXANDRE O.R.L.</i> <i>DR. ALEXANDRE O.R.L.</i> <i>DR. ALEXANDRE O.R.L.</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>DR. ALEXANDRE O.R.L.</i>	25/12/2014	245,70

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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"/>															
				<input type="text"/> CCOEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>															
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> CCOEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000		35533411	11433553	G			B			<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H	25533412	21433552																	
D	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
G																			
B																			
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca, le

25/12/2014

الدار البيضاء، في

149,50

① - Spectra 50
149,50

19,65

② - Antibio synalar
19,40

52,85

③ - Inbead 500

149,50

LOT 181367
EXP 02/2021
PPV 52.800DH

24,00

catalogue 60 w.y

LOT: M19098
EXP: MAI 2022
PPV: 24,00 DH

14.00 8.00

TO, 24.7.94

Dr. Amine SAIDI
Spécialiste O.R.L.
Chirurgie Cervico-Faciale
11, rue Frédéric Dard 25 A Agha 1
Tél. 03 2 911731 fax 03 2 922155

Dr. Amine SAIDI
Spécialiste O.R.L.
Chirurgie Cervico-Faciale
11, rue Frédéric Dard 25 A Agha 1
Tél. 03 2 911731 fax 03 2 922155

Dr. Amine SAIDI
Spécialiste O.R.L.
Chirurgie Cervico-Faciale
11, rue Frédéric Dard 25 A Agha 1
Tél. 03 2 911731 fax 03 2 922155