

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.

Déclaration de Maladie

CR

N° W19-512647

NB-21035



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

12607

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SM. Amine

Date de naissance :

05/01/1987

Adresse : Lot Domaine de Darb, appt F22, DR BOUAZZA,
NOUACOUR

Tél. :

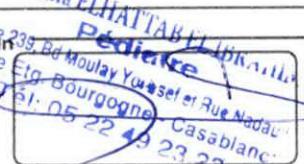
0676 39 3530 Dr. Total des frais engagés :

312,90

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

16 JAN 2020

Shai Radia

Ago

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Affection OR

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.

12 FEV. 2020

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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 11/02/2020



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

| 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 |
| 16 JAN 2020 | Q | 200,00H. | | INP : 11111111111111111111 Dr. ELHATTAB ELIBRAHIM Rachid Rachid et Rania Nadia Casablanca 23 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la facture |
| PHARMACIE AQUA PARK MEDICOSIRI Chambre de Commerce et d'Industrie de Bourgogne 14, Rue Bourgogne 21000 Dijon Tel. 03 22 29 00 11 | 16/01/2020 | 112,90 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | Montant détaillé des Honoraires | |
|-------------------------------------|-------------------|--------|----|----|----|------------------------------------|--|
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | | |
| | | 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODR.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | |
|----------|----------|
| | H |
| 28533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



16

JAN

Casablanca le : 2020

Sbai Radiq

1. Moxibosc 8mg 1ml x 31.

2. Doliprane 200 1ml/50ml

3. Belladona 94

18,50 Mercurius Solub 94

Apis 15CH

Phytolacca 94

REBORN
EXP: 12/2022
PPV: 180/450

REBORN
EXP: 01/2023
PPV: 80/450

REBORN
EXP: 01/2023
PPV: 80/450

REBORN
EXP: 180/450
PPV: 180/450

REBORN
EXP: 180/450
PPV: 180/450

3 grammes

زجاجة

زجاجة

Dr. Nezha el HATTAB EL IBRAHIMI
3ème ét. Appt 6 Bourgogne - Casablanca
Angle Bd Moudaw et Rue Youssef et Rue Nadaud
Tél: 05 22 49 23 23

Angle Bd Moudaw et Rue Youssef et Rue Nadaud (à coté de Renault) 3ème ét. - Appt 6 Bourgogne - Casablanca

Tél : 05 22 49 23 23 Gsm: 06 00 36 12 52 / Email: drnelhattab@gmail.com

راوية شارع مولاي يوسف وزنقة نادو الطابق 3 الشقة 6 بوركون (قرب رونو) - المغرب

38,9° Amoxil 500 mg. C. S.V.
1 Com x 21j 6jz

112,90

PHARMACIE AQUA PARC
MEDI-ONE
Ch. A. Chizlane
Dar Bouazza 14 - Dour Lahlaifa
Tel: 05 22 29 00 11

Dr. Nedha EL MATTAB EL LIBRAHIMI
Pediatre et Rue Nadiaid
Anfa 23
Boulevard Youssef et Casablanca
3ème Etage
Tel: 05 22 49 23 23