

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 canaux, 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 canaux.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 5 mois.



Déclaration de Maladie

N° W19-439176

65529

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 527 Société : R A M

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MR. AHMED M'HAMED AHMED

Date de naissance : 12/03/1944

Adresse : 100 ESSALAM RUE MADYAK TADGHADA N°61 CASABLANCA

Tél. : 0634605386 Total des frais engagés : 200 + 293,50

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12/03/21

Nom et prénom du malade : M. M'HAMED AHMED Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : voir dossier

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le 12/03/21

Signature de l'adhérent(e) :

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horlogerie

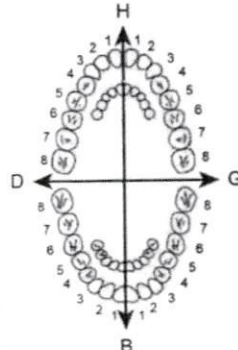
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
11/10/21	C		200.000	INP: 93704688 Dr. Abdelhak BOUCHRA Ophtalmologiste 70, Rue Aït El Ben Abdellah 1 ^{er} Etage - Casablanca 07 87 23 45 / 05 22 47 14 72

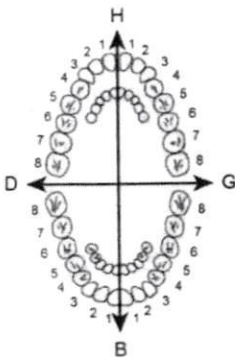
Dr. Abdelhak BOUCHHA
Ophtalmologiste
70, Rue Allal Ben Abdellah
1er Etage - Casablanca
Tél. 05 22 47 83 45 / 05 22 47 14 72

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MASJID C.I.L. Dr. Sonia Aboumerouane 22, Lotissement du Stade Hay Essalam, C.I.L. - Casablanca Tél : 0522 39 80 - 39 81	12/03/2024	293,00

[illegible][illegible]

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

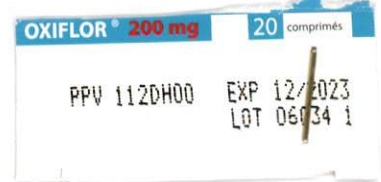
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																			
				INP : <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																		
					COEFFICIENT DES TRAVAUX	<div></div>																
					MONTANTS DES SOINS	<div></div>																
				DEBUT D'EXECUTION	<div></div>																	
				FIN D'EXECUTION	<div></div>																	

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<table style="margin: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	<input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>														
		<input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>														
	<input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>															
	<input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>															
	<input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>															
	<input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>															
	<input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>															
		<p>DATE DU DEVIS</p> <input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>														
		<p>DATE DE L'EXECUTION</p> <input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Casablanca, le 12/03/2021

Nom et Prénom :

M. AIT MHAMED AHMED
Né le : 12/03/1944
CJ021C12071943

112,00



❖ OXIFLOR Cp

1cp x2/j pd 5 jours

22,40



❖ MAXIDROL Pommade

1 appl le soir pd 10 jours

30,30



❖ ICOMB Collyre

68,00



1 Gtte x 5/j pd 30 jours

❖ DICLOCED Collyre

30,50



1 Gtte x 3/j pd 30 jours

❖ Compresses Oculaires

1 Foix par jour

Total = 293,00

