

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

N° W21-621768

69104

CA

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e) Matricule : 9997 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre : LEAMARI

Nom & Prénom : 16.11.73

Date de naissance : 10 California

Adresse : 0664 000 277 Total des frais engagés : Dhs

Tél. : 30 AVR. 2021

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22/04/2021 Nom et prénom du malade : GRARI SORAYA RAZATA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : DR Christelle

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 : 22/04/21

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° W21-621768

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : Nom de l'adhérent(e) : Total des frais engagés : Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

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						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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.																			
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>															
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																			
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																			
DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																			
FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																			
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	D		00000000	B		35533411	B		11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H	25533412	21433552																
	D	00000000	00000000																
	D		00000000																
	B		35533411																
	B		11433553																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <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																			

Dr. Ali DEMOURA

Chirurgien Orthopédiste
Ancien Chirurgien des Hôpitaux de Paris
Ancien Chef de Clinique à la Faculté
de Médecine Paris XII.
Orthopédie - Traumatologie - Arthroscopie
Chirurgie prothétique
Chirurgie du rachis (colonne vertébrale)
Chirurgie tumorale

sur Rendez-vous

الدكتور علي دمورة

جراحة العظام و المفاصل
و العمود الفقري

خريج كلية الطب بباريس

الجراحة التقويمية و جراحة الكسور

الجراحة بالمنظار و الجراحة المجهورية

جراحة الأورام

جراح بمستشفيات باريس الجامعية

بالموعد

Graci
Soraya Farah.

Casablanca, le :

24/4/21.

Kd, chenu M. Cbr

- f,

- l,

Dr. ALI DEMOURA
Orthopédiste
120, Boulevard Moulay Idriss 1^{er}, 1^{er} étage - Casablanca
Tél. : 05 22 86 53 86 / 05 22 86 54 86 - Fax : 05 22 86 54 86
e-mail : alidemoura@yahoo.fr

120, Boulevard Moulay Idriss 1^{er}, 1^{er} étage - Casablanca
Tél. : 05 22 86 53 86 / 05 22 86 54 86 - Fax : 05 22 86 54 86
e-mail : alidemoura@yahoo.fr

120، شارع مولاي ادريس الأول - الطالق الأول - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 86 53 86 / 05 22 86 54 86 - الفاكس : 05 22 86 54 86

البريد الإلكتروني : alidemoura@yahoo.fr