

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.

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



Déclaration de Maladie

N° W21-612936

69699

Coumict

Maladie Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01948

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Jbara Driss

Date de naissance : 01/01/1947

Adresse : 05, Rue Mohamed Gharnit Onfida

Tél. : 0664 557044

Total des frais engagés :

219,40

Dhs

Autorisation CNPD N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17/02/2021

Nom et prénom du malade : JBARA DRISS

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Boualem

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 : Onfida

Le : 17/02/2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-612936

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

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 01948
Nom de l'adhérent(e) : JBARA DRISS
Total des frais engagés : 219,40 Dhs
Date de dépôt :

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
23/03/11	2	2	200,00	INP ref : 12345678 Signature : [Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
19,40	17/02/24	PHARMACIE IBN BADIS Dr. Latifa ZABA, Angle Rue Abdellah Mid Ibn Badis et Rue Ibn Zaydoun N° 36. Tél: 05.36.71.16.68 - OUJDA

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"/>	
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D —————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
		[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. EL ALAOUI E. Ali

Spécialiste en ORL & Chirurgie
Cervico-Faciale

Diplômé de la Faculté de Médecine de Sfax
Ancien Résident du Collège
de Médecine des Hôpitaux de Paris



الدكتور العلوي أ. على

اختصاصي في أمراض وجراحة
الأذن - الأنف - الحنجرة - الوجه والعنق

خريج كلية الطب بصفاقس
مقيم سابق بكلية الطب في مستشفيات باريس

Oujda, le 17 FEV. 2021 وحدة، في

ICE: 001688508000090



INPE: 081157158

JBARA . DRSS - N° 1947.

19,40

① Antibio Synalar (oreille)

16

03 paquets x 2 g



PHARMACIE IBN BADIS
Dr. Latifa Baba
Angle Rue Abdellatif et Rue Ibn Zaydoun N° 36
Tél. 05 36 71 16 68 - OUJDA

زنقة الرazi - عمارة المنتزه - الطابق 3 رقم 5 (قبالة مركز تحقن الدم) - وحدة الهاتف 80.
Rue Errazi, Immeuble Al Mountazah, 3ème étage N° 5 - OUJDA
(en face du centre de transfusion) Tél.: 05 36 70 70 80

زنقة الرazi - عمارة المنتزه - الطابق 3 رقم 5 (قبالة مركز تحقن الدم) - وحدة الهاتف 80.

Rue Errazi, Immeuble Al Mountazah, 3ème étage N° 5 - OUJDA

(en face du centre de transfusion) Tél.: 05 36 70 70 80