

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° W19-569197

76142



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7960

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SLIMANE SARAH

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 2352

Total des frais engagés : 562,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

29 JUIN 2021

Date de consultation : 03/06/21

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

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.

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

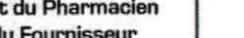
Le : 08/06/2021

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
26/05/2018			300	INP : 091093559 Signature et cachet du Médecin

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Docteur LEMME EFFEP 33, Rue Saria Ibhou Toul Tél: 05 22 33 41 094	8/6/2021	262,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	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"/>																													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																																
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">H</td><td colspan="2" style="text-align: center;">G</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">25533412</td><td colspan="2" style="text-align: center;">21433552</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td><td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">D</td><td colspan="2" style="text-align: center;">G</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td><td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td><td colspan="2" style="text-align: center;">11433553</td></tr> <tr><td colspan="4" style="text-align: center;">B</td></tr> </table>				H		G		25533412		21433552		00000000		00000000		D		G		00000000		00000000		35533411		11433553		B				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H		G																															
25533412		21433552																															
00000000		00000000																															
D		G																															
00000000		00000000																															
35533411		11433553																															
B																																	
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																												
					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																												



CENTRE CARDIOVASCULAIRE DES HÔPITAUX

Secrétariat : 05 22 86 33 66
Télécopie : 05 22 86 33 55

E-mail : labcardio@menara.ma

Docteur Mohamed LEBBAR

Cardiologue Médico - Chirurgical

Casablanca, le

8-6-21

Srinivas Sebesh

87.50 KB

462.50

Nelsink

03



Docteur Mohamed
CARTE D'IDENTITE
4- r. 12
Quartier des H...
22/09/2013 336



4, Rue Tarik Ibn Ziad - Quartier des

(Prolongement Faculté de Médecine vers lycée Mohammed V) - Casablanca 29.3.2018

Nom: SLIMANE SABAH

Date de naissance: 01/01/1966

Sexe: Féminin

Poids: -

Taille: -

Identifiant: SLI

Médecin: cardio LEBBAR MOHAMED

Raison sociale:

Téléphone:

Temps d'enregistrement: 08/06/2021 16:03:29

1/1

