

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 canalaire, 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 canalaire.

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 | : adhesio...@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.

N° W21-620624

79027

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 8199

Société : RAM

Actif Pensionné(e)

Nom & Prénom : Ahmed CHIBANI AOUA

Autre :

Date de naissance :

Adresse : Hay Tissir 1 N° 53 Rue 1 Casablanca

Tél. :

Total des frais engagés : 150,00 Dhs

Total 395,90 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Fouzia KHIZAR

Age:

Lien de parenté : lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Allal Chynday

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

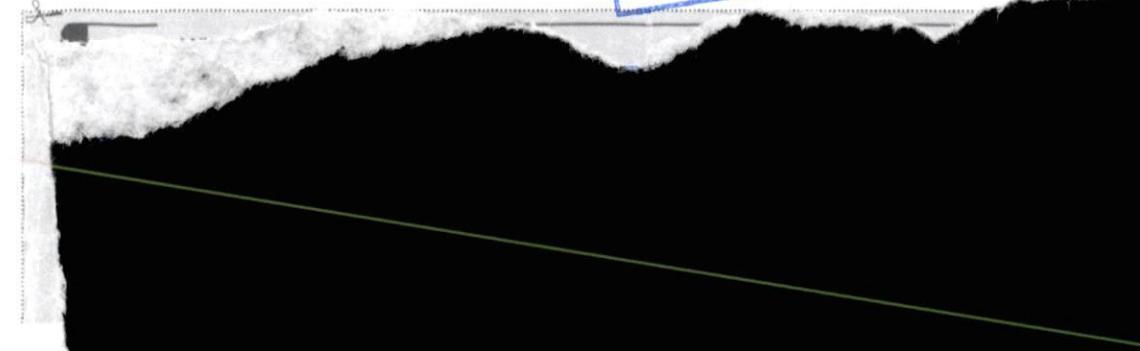
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 15/07/2021

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| PHARMACIE EZZOHOURS BEMCHIC AB2 LLH DOCTEUR M. FLAMIN Ain Chmaa Rue 2 No 33 Tel : 03 20 00 60 28 | 13/07/01 | 245.80 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> |
|---|----------------|------------------|-------------|--|
| | | | | Coefficient des travaux <input type="text"/> |
| | | | | Montants des soins <input type="text"/> |
| | | | | Début d'exécution <input type="text"/> |
| | | | | Fin d'exécution <input type="text"/> |
| O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES | | | | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE |
| | | | | H $\frac{25533412}{00000000} \quad \frac{21433552}{00000000}$ |
| | | | | D $\frac{00000000}{35533411} \quad \frac{00000000}{11433553}$ G |
| [Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | B |
| | | | | Montants des soins <input type="text"/> |
| | | | | Date du devis <input type="text"/> |
| | | | | Date de l'exécution <input type="text"/> |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | | | | |

ORDONNANCE

Dr Hayat BENLEMLIH
Médecine Générale
15 Bd Abde Chouaib Doukkali
Hay El Farah - Casablanca
Tel : 05 50 56

Casablanca, Le: 13/07/21

Mr Fouzia KHARRAMZ

1 Profenid SOS
33.90

1 C1 X 2/

2 Drupene 10:

1 C1 X 3/)

3 Omnisitrol Suhel.

1 Suhel X 2/

198.00

2115.90

Lot N°:
Consommer
de préférence
avant la fin de:
PPC : 198DH

LOT: K1370
PER: 05/24
PPV: 14DH00



Hayat BENLEMLIH
Médecine Générale
15 Bd Abde Chouaib Doukkali
Hay El Farah - Casablanca
Tel : 05 50 56