

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

luation :

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.

taire :

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.

adie 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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.



Declaration de Maladie

N° W21-640667

84064

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3718

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KANDOUT HASSAN

Date de naissance : 30/09/1952

Adresse : Lot 612 - Querier SAYAD 1

Kénitra

Tél. : 060 1278289

Total des frais engagés :

262,50 DHS

CENTRE D'HEMODIALYSE MAAMORA

Dr Azizo Laalou - Naciri
Nephrologue

81 Rue LAMHANNED KACEM BIR RAMI
Tel. 05 37 377070 - Fax: 05 37 37 70 11

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

Enfant

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'adjudant 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 : Kénitra

Signature de l'adhérent(e) :

Saoud

63
Age:
Centre d'Hémodialyse Maamora
M 31 SEP 2021
R ACCUEILLANT

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-640667

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 : 262,50

RELEVE DES FRAIS ET EXPENSES

is des ites	Nature des Actes	Nombre et Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin
21/05/2020				

EXECUTION DES ORDONNANCES

achet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
INP 052012754	31/08/2021	262,50 DH

ANALYSES - RADIOPHOTOS

achet et signature du ratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

VIOLET 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 date, 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	ENP : <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 PROTHESSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H 25633412 21433552 00000000 00000000 D 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'EXÉCUTION



CENTRE D'HÉMODIALYSE MAAMORA

مركز الكلية الاصطناعية معهورة

Dr. Aziza LAALOU - NACIRI

Spécialiste en Néphrologie - Hémodialyse

Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris V

الدكتورة عزيزة لعلو الناصري

اختصاصية في أمراض الكلى والكلية الاصطناعية

خريجة كلية الطب بباريس

100 - فاتورة

107,70

جاءك

81-8-626

$$1) \text{ Colif} 100 = 1/1 \\ 51,60$$

$$2) \text{ Tapis} 20,00 \times 2 = 1/1 \\ 20,00 \times 2 = 40,00$$

$$3) \text{ Salle de bain} 400 = 1/2 kg \\ 15,80 \times 2 = 31,60$$

$$4) \text{ Drap} 100 = 1/1 \times 2/1 \\ 100 \times 2 = 200$$

لمس

81, Rue LAMHANNED KACEM, BIR-RAMI
(A Côté du Tribunal 1ère Instance) - KENITRA
Tél. : 05 37 37 70 70 - Fax : 05 37 37 70 11

CENTRE D'HÉMODIALYSE MAAMORA
Dr AZIZA LAALOU - NACIRI
Néphrologue
Tél. : 05 37 37 70 70 - Fax : 05 37 37 70 11

81، زنقة المهندس قاسم بن عبد الله
(قرب المحكمة الابتدائية) - القنيطرة

الهاتف: 05 37 37 70 70 - الفاكس: 05 37 37 70 11

ICE N° : 001654673000089

