

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 | adhésion@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° W21-633328

86070



Maladie

Dentaire
Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

7316

Société :

RAT

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ALOUANE EL HAM

Date de naissance :

BD. ALLAH NASSER 16.06.66 à Settat

Adresse :

BP. 4444 Ratis AP 2 Etg 3 Résidence Nod

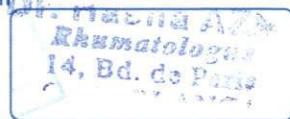
Tél. :

06.76.66.66.77 Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

29/07/2021

Nom et prénom du malade :

ALOUANE EL HAM

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

arthralgies inflammatoires

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 :

Le : 11/08/2021

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 la Paiement des Actes
29/07/21	CS		300.00	Dr. Hasna AZZ R Abdellaziz 14, Bd de la Kasbah
				INP : 091145623

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARAJATE HOPITAL CLINIQUE		
Dr. TIR Abdelaziz		
Route Mly Thami Hay H	29/07/21	2000.00
Tél: 0522 90 21 67 Casa		984.20

ANALYSES - RADIGRAPHIES

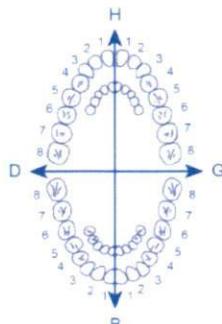
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

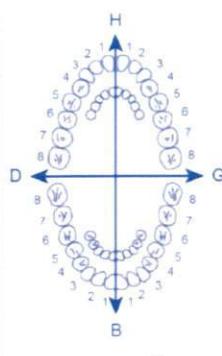
Cachet et signature du Particier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel. Therapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

--

MONTANTS
DES SOINS

--

DEBUT,
D'EXECUTION

--

FIN
D'EXECUTION

--

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

--

MONTANTS
DES SOINS

--

DATE DU
DEVIS

--

DATE DE
L'EXECUTION

--

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Hasna AZMI

Rb. **Rhumatologie**

Maladies des articulations, lombaire

الدكتورة حسناء عزمي

إختصاصية في أمراض الروماتيزم
أمراض العظام والمفاصل والعضلات
أم. ز. " فقري



13,40

Casablanca, le

29/07/21

البيضاء في

13,40

13,40x3

1)

Colchicine

1 ep le matin ap. repas

x 2 mois

222,90x2

2)

STRUCTUM 500MG 60 GE
MAPHAR
P.P.V. : 222,00 DH

STRUCTUM 500MG 60 GE
MAPHAR
P.P.V. : 222,00 DH

1 gel x 21 j

484,20

repas x 2 mois

3)

Flexum cp

1 cp le soir au mi-ter

PHARMACIE POLYCLINIQUE
Tél: 0522 90 01 67 - CASA
68, Rue. M. TURHIDI
Dr. H. HASSI
12, Route M. Thami

262,90

des repas x 2 mois

4°)

Quedes lo mg

I gel le matin à ~~l'heure~~
x 2 mois

~~Dr. Rui Sá da Cunha
Rheumatologist
14. Bd. de Paris
SABA Ltda.~~