

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ Réclamation | : contact@mupras.com |
| ○ Prise en charge | : pec@mupras.com |
| ○ 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° W21-657494

88399



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2220 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : EL HAMZI Ali Ahmed

Date de naissance : 21-08-56

Adresse : 21 rue 50 Hay Mahdarache

Au niveau : CASA

Tél. : 0660548528

Total des frais engagés : 2501 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

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 : 10/10/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 10/10/2021

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	113, AV. DES CHAMPS-ÉLYSÉES 75008 PARIS Tél. 01 42 22 33 81 81 E-mail : direction@cliniqueparis.com	

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 [Empty box for listing treated teeth]	Nature des Soins [Empty box for nature of treatment]	Coefficient [Empty box for coefficient]	INP : <input type="text"/>																									
				CŒFFICIENT 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 PROTHÈSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="border-top: none;">D</td> <td style="border-top: none;"></td> <td style="border-top: none;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>				H		G	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B		B
					H		G																						
					25533412	21433552																							
					00000000	00000000																							
					D		G																						
00000000	00000000																												
35533411	11433553																												
B		B																											
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																													
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																													
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																													
DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>																													
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																													

CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 12-10-2021

Facture N° 20049/21				C. Débiteur			page 1/1	
A. Identification N° Dossier : CJO21J12112805 N° Identifiant : 052143/21 Nom & Prénom : Mme EL HAMZI MOULAY AHMED C.I.N : B294826 Adresse : HAY MANDAROUNA RUE 50 N° 21 AIN CHOK				Organisme : Payant ICE : Adresse :				
				D. Période d'Hospitalisation Date Entrée : 12-10-2021 Date Sortie : 12-10-2021				
Médecin traitant : DR . ANESTHESISTE REANIMATEUR				Traitement :				
Qté	Prestations	Observation		Prix U.	L.C.	Coef	Total	
PARTIE CLINIQUE : 0,00								
HONORAIRES MEDICAUX								
1	DR. ANESTHESISTE REANIMATEUR (ANESTHESIE-REANIMATION)			250,00			250,00	
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :							Total Rubrique : 250,00	
Arrêté la présente facture à la somme de : 250,00							TOTAL GENERAL 250,00	

DEUX CENT CINQUANTE DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré

CLINIQUE JERRADA-OASIS
 113, Av. Abderrahim Bouabid
 CASABLANCA
 Tél : 0522 23 81 81 - Fax : 0522 23 81 82
 E-mail : direction@cliniquejerrada.ma