

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 | : 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° W21-661496

101346



Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10302 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ENOLSKI Abé Imajid

Date de naissance :

Adresse : RESID LA VILLE APT 04

Télé : 0660308625 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/11/2011

Nom et prénom du malade : ENOLSKI Aya Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : ALLERGIE

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

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° W21-661496

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 : 200,414,40
Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

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

* 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 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="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">H</td> <td style="width: 50%;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B	
H	G													
25533412 00000000	21433552 00000000													
D	G													
00000000 35533411	00000000 11433553													
B														
		<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>												
		<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/></p>												
		<p>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/></p>												
		<p>DATE DU DEVIS <input type="text"/></p>												
		<p>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/></p>												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

DOCTEUR EL AMRANI Zaynab

- Certificat Universitaire de Gynécologie Médicale
(Faculté de Medecine de Casablanca)
 - Diplôme Universitaire en Echographie Générale
(Faculté de Medecine de Casablanca)
 - Diplôme Universitaire en Nutrition
(Faculté de Medecine de Montpellier - France)
 - Diplôme Universitaire en Diabétologie
(Faculté de Médecine de Bordeaux - France)
 - Médecine Générale

Kénitra, Le 16.11.2014

Kénitra, Le 16.11.202

N° Enoski Aya

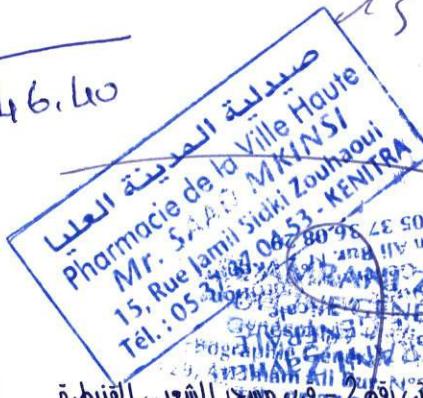
83.4° + Romac 300 p (S)
18 1: 6j

39,40 + Fucidine are
10% - 28.6%

23,00 + Alex - 2 (S) 146,60 صيدلية Haute as le mi G

الدكتورة زينب العمراني

- شهادة جامعية في طب النساء
(كلية الطب - الدار البيضاء)
 - دبلوم جامعي في الفحص بالصدى
(كلية الطب - الدار البيضاء)
 - دبلوم جامعي في التغذية
(كلية الطب مونبولي - فرنسا)
 - دبلوم جامعي في أمراض السكري
(كلية الطب بوردو - فرنسا)
 - طب عام



129، شارع الإمام علي بن أبي طالب No: 37، قرية مسجد الشعبي، القنطرة

الهاتف الثابت: ٠٥٣٧٣٦٠٨٢٩

129, Av. Imam Ali, Bureau N° 2, à côté de la Mosquée Chaâbi, Kénitra

Tél. : 05 37 36 08 29