

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-690746

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 9696

Société : RAI

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nicel

Hanifa

Date de naissance :

15-09-66

Adresse :

Tél. : 0661223568

Total des frais engagés :

828

Dhs

Optique

Autres

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Dr. Lalla OUSI BEN ORAI
Spécialiste en Dermatologie-Vénérologie
Laser

14 Avenue des Nations Unies, Agdal, Rabat

Date de consultation :

05-10-14

Nom et prénom du malade :

Dr. Lalla OUSI BEN ORAI

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Existe une lésion cutanée sur la tête et le visage de la patiente

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le 01/10/2014

Dr. Lalla OUSI BEN ORAI
Spécialiste en Dermatologie-Vénérologie
Laser

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-690746

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| de 05-04-2029 | | | | INP : 11011117182 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| MACIE EL QUARTIER de Mohamed Beldjedid El Moudaw El Beldjedid 630706 | 10/04/22 | 28,- |

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 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

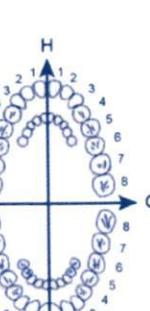
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la 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"/> |
|--|---|---------------------------|-------------|--|
| |  | | | |
| | | | | <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS |
| | | | | <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | <input type="text"/> FIN D'EXECUTION |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|  | H 25533412 00000000 | G 21433552 00000000 | | <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS |
| | D 00000000 | G 00000000 | | <input type="text"/> DATE DU DEVIS |
| | I 35533411 | J 11433553 | | <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Laïla OUSI BEN OMAR
Spécialiste en Dermatologie Vénéréologie Laser
Diplômée de la Faculté de médecine de Lille
Tél. : 05-37-77-79-95
05-37-77-77-65

Dr Laïla Ousseïn Ben Omar

de 05-04-2022.

10 | cocciolin cléme

28)

Dr Laïla Ousseïn Ben Omar
Spécialiste en Dermatologie Vénéréologie
Laser
14, Avenue des Nations Unies, Agdal - Rabat
Tél.: 05-37-77-79-95

Zalpierre

- 01a 18 | pli inguinel.

Il y a une question complète

Dr. Laïla OUSI BEN OMAR
Spécialiste en Dermatologie-Vénérologie
Laser
14, Avenue des Nations Unies, Agdal - Rabat
Tél.: 05-37-77-79-95

PHARMACIE LA PINDE
Imane EL OUARITI
155, Avenue Mohammed VI
Route de Zaers - RABAT
Tél.: 05 37 63 07 06

Adresse : 14, Avenue des Nations Unies, Agdal Rabat
Tél. : 05-37-77-79-95 05-37-77-77-65
ICE : 0016665771000076 INP : 101117182

