

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.

N° W21-711890

117647

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 8299		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : NAJAT ENNAKI			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :		Total des frais engagés : _____ 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 :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : _____ Le : _____

Signature de l'adhérent(e) :

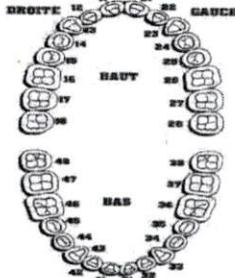
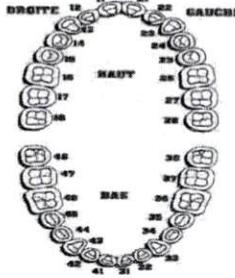


SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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	Coefficient des travaux
					
BROITE	12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1				
	28 27 26 25 24 23 22 21 20 19 18 17				
GAUCHE	29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40				
HAUT	41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52				
BAS	53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64				
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			
					
BROITE	12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1				
	28 27 26 25 24 23 22 21 20 19 18 17				
GAUCHE	29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40				
HAUT	41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52				
BAS	53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64				
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution			
VOLET ADHERENT		NOM :		Mle	
DECLARATION N°		W18-366801			
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes			
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle					



W18-366801

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 2729

Nom & Prénom JIKER Aïda PPatty

Fonction retraité Phones.....

Mail 0523343884

Signature de l'adhérent
Signature de l'adhérent

MEDECIN

Prénom du patient NASRI NAJAT

Adhérent Conjoint Enfant Age 1956

Date 3.0.5.2022

Nature de la maladie

Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires

PHARMACIE

Date 20/05/2022

Montant de la facture

1332,00

Signature et
cachet du
médecin

PHARMACIE DU SOLEIL
Youness ET ALBL Dr en Pharmacie
Lauréat de la Faculté de Médecine
et Dentisterie de Casablanca
Bouabti Bouchirt Boudjedra LIDIDA

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date :

Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires

CACHET

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

CACHET

LOT D390843R.2
UT AV 01 2024
PPV 777.00 DH

LOT D390843J.2
UT AV 01 2024
PPV 777.00 DH

LOT D390843R.2
UT AV 01 2024
PPV 777.00 DH

LOT D390843J.1
UT AV 01 2024
PPV 777.00 DH

LOT D390843R.1
UT AV 01 2024
PPV 777.00 DH

LOT D390843Y.1
UT AV 01 2024
PPV 777.00 DH

LOT D390843Y.4
UT AV 01 2024
PPV 777.00 DH

LOT D390843R.1
UT AV 01 2024
PPV 777.00 DH

LOT D390843Y.4
UT AV 01 2024
PPV 777.00 DH

LOT D390843R.2
UT AV 01 2024
PPV 777.00 DH

LOT D390843J.3
UT AV 01 2024
PPV 777.00 DH

PHARMACIE DU SOLEIL

Youness ET TALBI

Docteur en Pharmacie

37-39, Bd. Attahrir - Bouchrit
Tél. : 023.34.34.61 - EL JADIDA

FACTURE N° 001206

El Jadida, le

30/05/22

Mr. NAJAT ELNACRI Doit

Quantité	Désignation	Prix Unit.	Montant
12	Humalog 50	111,00	1332,00
Arrêté le montant de la facture sous la somme de mille trois cent trente deux dirhams.			

PHARMACIE DU SOLEIL
Youness ET TALBI Docteur en Pharmacie
Lauréat de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Rabat
37-39, Bd. Attahrir - Bouchrit
Tél. 023.34.34.61 - EL JADIDA

Signature et Cachet



Le 30/05/2022

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

A remplir par le praticien

Je soussigné:

Dr. Khalid BERTAL-FILALI

Spécialiste de l'Endocrinologie

& Maladies Métaboliques (Diabétologie)

Certifie que Mlle, Mme, M : Nasri NAGAT

Présente

D.F.Z.

Nécessitant un traitement d'une durée de:

antie

Dont ci-joint l'ordonnance: 11 HN nolog 28 a=8h

3 AM rology 22 a=8h

(A défaut noter le traitement prescrit).....

(✓) : Valable 3 mois

Contact: 05-22-22-78-14 Fax 05-22-22-78-18