

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 | : 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° W19-423543

118502
118502 SOS MEL 80



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Madricule : 11448

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KHYAR KAMAL

Date de naissance : 11-09-75

Adresse : DAR Boul AAZZ

Tél. : 9235

Total des frais engagés : 000,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur V. DEVICO

Dermatologue
Centre Dermo - Laser
218, Av. de L'Ambassadeur Ben Aïcha
Tel : 05 22 24 11 19 / 05 22 40 50 8.
Casablanca

Date de consultation : 09 Juin 2022

Nom et prénom du malade : KHYAR KAMAL

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection dermatologique

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 : NSR

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 01/06/2022



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
09 Juin 2022		gout	130	INP : 0910448340 Docteur V. DEL Dermatologue Dermatologue - La Centre Dermo - de l'Ambassadeur 92 10/05/22

EXECUTION DES ORDONNANCES:		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
		100.000 - 00	

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

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 PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="text-align: center;"> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 00000000 35533411 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 0 10px;"> D ————— G </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 00000000 11433553 </div> </div> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession </div>		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

Docteur D. Devico

Dermatologue

218, Av. de l'Ambassadeur Ben Aïcha
Tél. : 0522 24 11 19 / 0522 40 50 82

الدكتور ديفيكو

أمراض الجلد

شارع السفير بن عائشة 218

الهاتف : 0522 40 50 82 / 0522 24 11 19

Casablanca JEUDI, le

N° 019180

Reçu pour Acte

Nom & Prénom

(KHYAR) KHYAR Kamal

Désignation

Huile - Poudre

Visage - Cou -
Poissons S.A.L.

K30

Montant

900

Arrêté à la somme de

Menfent

1000