

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.

N° W21-727285

119939

| | | | |
|---|---------------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input checked="" type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricole : 0120 0 | | Société : ED AGENT RAN | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : HADJ N S A H M E D | | | |
| Date de naissance : 07/07/1995 | | | |
| Adresse : 1055 RADUD AL AZHAR TMA B302 = Rue MATHOURI new MARRAK | | | |
| Tél. : 066 776 92 61 | | Total des frais engagés : 573000 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 : CASA 30/08/2022 Le : 30/08/2022
Signature de l'adhérent(e) :

| 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 |
| | | | | INP : <input type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | | |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | |
|-------------------------------------|---------------------|------------|------------------------------------|------------|------------|------------|
| Cachet et signature du Particien | Date des visites | Nombre | Montant détaillé des Honoraires | | | |
| | | AI | MI | PI | PC | MI |
| <i>du 29.8.1994 à 29.8.1994</i> | <i>1994-95</i> | <i>176</i> | <i>20150</i> | <i>100</i> | <i>176</i> | <i>100</i> |

CENTRE LAGHZAoui

KINÉSITHÉRAPIE AMINCISSLEMENT RELAXATION

Casablanca, le 9/8/22

FACTURE

Concernant : M^e Hadine Ahmed

Mme AMINA LAGHZAoui vous présente ses compliments et vous prie de trouver ci-dessous sa note d'honoraire pour le traitement de qui vous a été prescrit :

| Rubrique | Code | Nbr U | P.U | Total |
|-----------|----------|-------|-------|-----------|
| 20 Séance | AN019452 | 20 | x 150 | = 3000 DH |

Total Note

*CENTRE LAGHZAoui
Kiné et Bien-Etre
Place de la Division Leclerc
Oasis - Casablanca
T : 0522 98 32 85*

- Arrêtée la présente note à la somme de Très...mille dirhams

Séances effectuées aux dates suivantes

- 24-6-22
- 22-6-22
- 29-6-22
- 12-7-22
- 4-7-22

- 6-7-22
- 8-7-22
- 11-7-22
- 13-7-22
- 15-7-22

- 18-7-22
- 22-7-22
- 25-7-22
- 27-7-22

- 29-7-22
- 22-8-22
- 24-8-22
- 26-8-22
- 29-8-22