

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.

Autorisation CNDP N° : AA 215/2019



Déclaration de Maladie

N° W21-708978

Par courrier

132258

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Optique

Autres

Matricule : **1380**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **EL KHAIER Abdelwahid**

Date de naissance :

Adresse : **55 INARA 1 Mohammed VI**

Tél. **0661 22 87 81**

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **15 SEP. 2022**

Nom et prénom du malade : **EL KHAIER ABDELWAHED**

Age : **72 ans**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **DERMATOSE**

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 : **Mohammed** Le : **27/09/2022**

Signature de l'adhérent(e) :

El Khair

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-708978

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 :

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.

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	8/9/22	159,00

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

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

— 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 style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/>																			
				Coefficient des travaux <input style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/>																			
				Montants des soins <input style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/>																			
				Début d'exécution <input style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/>																			
				Fin d'exécution <input style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/>																			
	O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																				
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: left;">25533412</td> <td style="text-align: right;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			G			Coefficient des travaux <input style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/>	
		H	25533412	21433552																			
			00000000	00000000																			
		D	00000000	00000000																			
			35533411	11433553																			
		B																					
		G																					
					Montants des soins <input style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/>																		
					Date du devis <input style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/>																		
					Date de l'exécution <input style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/>																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتورة عدراوي يمانى عتيبة

Dr. ADRAOUI YAMANI Atika DERMATOLOGUE

Spécialiste des Maladies et Chirurgie
de la Peau
Maladies Vénériennes
Maladies des Cheveux et des Ongles

اختصاصية في الأمراض الجلدية والتناسلية
أمراض الشعر والأظافر

Mohammedia, le : 05 SEP. 2022 المحمدية، في :

ن° EL KNAÏER - Abdet Wafa

S.P.

S.P.

BACTOSPRAY.

Com press. aérosol.

Fusidium (amide)

148,00

148,00

148,00

148,00

148,00

148,00

148,00

148,00

148,00

148,00

148,00

148,00

148,00

148,00

148,00

148,00

148,00

148,00

148,00

148,00

148,00

148,00

148,00

148,00

148,00

148,00



BACTOSPRAY

Solution
antiseptique

sans alcool
incolore

BACTOSPRAY

LOT: 2203007
EXP: 02/2025
PPC: 148.00DH