

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° W19-435815

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 12511		Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	Autre : 1115401	
Nom & Prénom : MAACH SAIF EDOJNE			
Date de naissance : 28/09/1986			
Adresse : RÉTHILIA RÉSIDENCE DU PARC			
ADPT 44 17000 MAMMEDIA			
Tél. : 06 61 14 66 28		Total des frais engagés : 389,90 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 01.01.2012			
Nom et prénom du malade : MAACH SAIF EDOJNE			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : EZZERJEL			
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 : CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 22/12/2012

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRÉS

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
21/01/2018	123456789	123456789	123456789	INP : 0911126149

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/12/22	139,20

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 Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
33412
000000
000000
533411

(Création, remont, adjonction)

	DATE DU DEVIS	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	DATE DE L'EXÉCUTION	

Dr. Mohamed SEDIRA
PEDIATRE

Prématuré - Nouveau Né - Nourisson - En
Diplômé de la Faculté de Médecine de F
Médecine de Sport

15, Avenue des F.A.R
1er Etage - Appt N° 4 - Mohammedia
Tél.C. : 05 23 31 06 08
Urgences : 06 63 44 32 71

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 139,20 DH
ID: 648848
6 118001 140923

الدكتور محمد سدیر

طب الأطفال

الرضيع - الأطفال
خريج كلية الطب بباريس
الطب الرياضي

15، شارع الجيش الملكي
الطابق الأول - شقة رقم 4 - المحمدية
العيادة : 05 23 31 06 08
06 63 44 32 71
المستعجلات :

Mohammedia, le

24.12.2022

المحمدية، في

March 2022

139,20 Pionex 25

LA FRANCIA 3 DE L'AVENUE
Angle Boulevard Sidi El
et Rue Rafi - Mohammedia
Tél: 05 23 32 05 62

Dr. SEDIRA Mohammedia
Tél: 05 23 31 06 08 / M: 06 63 44 32 71
Appt 4 des F.A.R - 1er étage
6 118001 140923