

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° W21-724605

148739

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 11454	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	BABA LATICEH ALLAL
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : _____ Total des frais engagés : Comple' 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	Age: _____
Conjoint <input type="checkbox"/>		
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) :



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"/>

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

COEFFICIENT DES TRAVAUX		<input type="text"/>									
MONTANTS DES SOINS		<input type="text"/>									
DEBUT D'EXECUTION		<input type="text"/>									
FIN D'EXECUTION		<input type="text"/>									
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"/>									
<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p>											
<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553
H	25533412	21433552									
D	00000000	00000000									
B	35533411	11433553									
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>											
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p>											
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p>											



Prestations médicales

Groupe OCP

الخدمات الطبية

Décompte de remboursement du mois de novembre 2022 OCP

مراجع التعويض عن المرض لشهر نونبر 2022 OCP

HATIFI AMAL

Matricule: **H8538**

RES BLANCA BEACH , ROUTE
D'AZEMOUR

SIDI RAHAL

Madame, Monsieur,

سيدي سيدي

Nous vous informons que nous avons procédé au remboursement
de vos feuilles de soins sus référencées suivant décompte ci-après:

نحيطكم علما اننا قد قمنا بتعويضكم عن ملفاتكم المرضية حسب
المراجع المفصلة كما يلي

N° de dossier	Bénéficiaire	Prestation:	Nombre Acte	Frais Engagés	Somme Remboursement	Date de règlement	Mode de règlement
2486476	Agent	PROTHESE DENTAIRE	1	8 000,00	5 750,00	09/11/2022	Virement
31577391	Agent	CONS SPEC.JOUR C2	1	200,00	150,00	29/11/2022	Virement
31577391	Agent	ANALYSES BILOG	1	561,51	561,51	29/11/2022	Virement
31577391	Agent	PHARMACIE	1	44,20	35,36	29/11/2022	Virement

Total remboursement du mois de novembre 2022 : 6 496,87 Dh 2022 شهر نونبر 2022 مجموع التعويضات عن الخدمات الطبية

Nous vous en souhaitons bonne réception et vous prions d'agrérer,
Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

تقبلوا سيدي سيدي فائق عبارات التقدير و الإحترام.



FEUILLE DE SOINS ET PROTHÉSES DENTAIRES

ENTENTE PRÉALABLE POUR SOINS SPECIAUX

N° 000 2486476 B

Agent en activité Agent en retraite

REmplir par l'agent (Ainsi que les deux volets intérieurs)

Nom et prénom de l'agent: HATIFI Amel

N° RCAR 819641441 Matricole H35138

N° CIN: BE 75357

Adresse de l'agent: Rue Jean Blaize Bouch
Cité J'Abouyou

Ville: Sidi RAPHAEL

N° Tél.: 06 10 03 82 15

Signature de l'agent

A ORSA le 14/07/22

REmplir par le Médecin (Renseignements concernant le patient)

Qui est malade? Agent Agent Retraité Conjoint Enfant

Nom et prénom du patient: HATIFI - Amel

Date de naissance:

Nature de la maladie à préciser obligatoirement sous pli confidentiel, adressé au médecin contrôleur

S'il s'agit d'un accident, en indiquer la cause:

Médecin traitant:

N° INP: 0914003685

طبيعة جرائم الأشنان
سلطة «بابا بصلاحة الله» بكلية طب
الأشنان بقولوز «فرنسا»

cale 36-04-42

الدار البيضاء في

of sacrifice and HATFIELD - And another recto
and FM are mixed up 24-25 shall be next
line = Second

319 ، شارع الزراوي الطابق الأول - الدار البيضاء - الهاتف : 15
rd Ziraoui, 1^{er} étage - Casablanca - Tél: 05 22 27 50 15

Sont soumises à un accord préalable

Prothèse :

Questa è una delle poche

Facture Etablie le 21-06-94

Date des soins	Nature de la prothèse	Coefficient	Montant de la prothèse
01/07/21	soin de 23mes	800000	
	soin de 24 D160	25 + F 10	

Total des honoraires *1000000* DH

ODF

Semestre n°...	Commencé le	Terminé le
	<i>1er Novembre</i>	

Total des honoraires DH

~~CADRE RÉSERVÉ AU CONTRÔLE DENTAIRE~~

Médecin contrôleur *Paul Delis* Date Devis Facture Date

88
10/11/2011
2011-01-01
HC 24
~~Dr. Douglas J. Amato~~

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

Etablir une feuille de soins par personne

- La feuille de soins dentaires doit comporter le cachet du chirurgien-dentiste traitant, le nom et le prénom de la personne soignée (bénéficiaire) inscrits de la main du médecin traitant.
- La feuille de soins dentaires doit être accompagnée de l'ordonnance médicale prescrivant les médicaments, examens de radiologie et de laboratoire, ainsi que toutes les pièces justificatives.
- Les prospectus et PPM concernant les médicaments doivent être joints aux ordonnances.
- Toutes les pièces concernant les soins et prothèses dentaires doivent être remises dans les trois mois au plus tard suivant la date de l'ordonnance médicale.
- En cas d'accident, préciser les causes, circonstances, lieu, date et heure.
- Tout dossier retourné pour complément d'informations doit être retransmis dans un délai de 3 mois à compter de la date du retour.
- Tous les certificats, notes d'honoraires et ordonnances remis à l'occasion d'une maladie ou d'un soin sont conservés.
- Les prothèses dentaires, les soins spéciaux, l'orthopédie dento-faciale (O.D.F) et les actes de parodontologie sont soumis à l'accord préalable.
- Les extractions multiples au-dessus de huit dents sont soumises à l'accord préalable.
- L'âge limite pour les traitements ODF est de 18 ans avec un plafond de 6 semestres. Le bilan ODF est exigé lors du dépôt du 1^{er} semestre. L'accord préalable est requis.
- Afin de proroger la garantie des enfants âgés de plus de 21 ans, l'agent doit produire annuellement un certificat de scolarité (au début de chaque année scolaire) ainsi qu'un acte de naissance et un certificat de célibat.
- Les surcharges du nom, de la date de consultation ou des montants engagés non amendées par cachet du médecin, ne sont pas acceptées.

84



VOLET DÉTACHABLE FEUILLE DE SOINS

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation éventuelle.

Matricule : H 8538

N° RCAR : 81 96 41 441

Nom et Prénom de l'agent : Amal HATIRI

Date de consultation : 31-08-22

Date de dépôt : 05-09-22

Exemplaire à conserver par l'agent

2486476



VOLET DÉTACHABLE FEUILLE DE SOINS

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation éventuelle.

Matricule : H 8538

N° RCAR : 81 96 41 441

Nom et Prénom de l'agent : Amal HATIRI

Date de consultation : 31-08-22

Date de dépôt : 05-09-22

Exemplaire à conserver par l'entité de dépôt

2486476

R
e
c
oncile
sacré
de Toulouse

الله عز وجل يحيى قلبه بذاته فلما جاءه محب

male 33b-08-22

الثوار البيهقيون في

319 ، شارع الزراوي الطابق الأول - الدار البيضاء - الهاتف : 15
rd Ziraoui, 1^{er} étage - Casablanca - Tél: 05 22 27 50 15

29. *Leucosia* *leucostoma* *leucostoma* *leucostoma* *leucostoma* *leucostoma*

Date du soin	Nature de la prothèse	Classification	Montant de la prothèse
01/07/2011	soin de 23 sur 80000	soin de 23 sur 80000	soin de 23 sur 80000
	soin de 23 sur 80000	soin de 23 sur 80000	soin de 23 sur 80000

Total des honoraires *100000* DH

CDF :

Semestre n°...	Commencé le	Terminé le

Total des honoraires DH

Devis / signature et cachet du praticien	Facture / signature et cachet du praticien
	

CADRE RÉSERVÉ AU CONTRÔLE DENTAIRE

Médecin contrôleur *Haut de S* Date Devis Date Facture Date

10/11/60, vs

Dec 24
HC 24
~~Dr. Douglas R. Johnson~~