

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.

Reéducation :

- 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.



Declaration de Maladie

N° W21-814149

71965

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 12854		Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : El Mejdaoui Aziza			
Date de naissance : 07.09.86			
Adresse : 34 boulevard de la Rbia Mazoka AH			
Tél. : 06 61 31 94 05	Total des frais engagés : 400 dh s		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cachet du médecin :			
Date de consultation : 11/08/23			
Nom et prénom du malade : Aziza El Mejdaoui	Age:		
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : entorse	Signature de la Mutuelle : MUPRAS		
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'adjudant conseil de la Mutuelle.			
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.			
Fait à : Casablanca	Le : 15.08.23		
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

Model C 4000 INP: A

6345 PRAUN JUAN
PRAUN JUAN

EXECUTION DES ORDÉRENNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

SIXTEEN AMERICAN

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

.....
.....

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 d

SOINS DENTAIRES Dents Traitées Nature des Soins Coefficient INP :

Coefficient

MONTANT
DES SOINS

SECTION D'EXÉCUTION

2 1 1 2
B FIN

FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHÉSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

PROPRIÉTÉS DÉTAILLÉES **NOM/TYPE** **H**
25533412 | 21433552 **COEFFICIENT
DES TRAVAUX**

H  G

B		MONTANTS DES SOINS
(Création, remont, adjonction)		

[Création, Remise, adjonction]
Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

6 5 5
5 4 4
3 2 3
2 3 3

B		DATE DE L'EXECUTION
---	--	------------------------

VIEA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



Clinique AL Massira

Docteur PALMARI Paul
CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE
ET TRAUMATOLOGIQUE
CASABLANCA - Tél: 0522 39 41 23
Email: paulo.palmari@wanadoo.fr

CL AL MASSIRA 0522 39 41 23

Reçu 400.00 DH (quatre cent DH) pour Consultation

091166348

Clinique AL MASSIRA
CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE
ET TRAUMATOLOGIQUE
CASABLANCA - Tél: 0522 39 41 23
Email: paulo.palmari@yahoo.fr

091166348