

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0059806

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

19/1/2024

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3566 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MOUSSA JED JALAL

Date de naissance : 11/3/58

Adresse : Habibie -

Tél. : 0661131384 Total des frais engagés : 4.000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : MESSI KHADJA Age : 47 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : 20/02/2024 Le : 20/02/2024

Signature de l'adhérent(e) : MESSI KHADJA

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| 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 |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

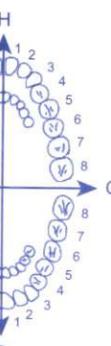
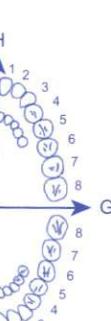
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | |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

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.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|--|---|--|-------------|--|
|  | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |
| O.D.F ROTHESSES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
|  | H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 | G 21433552 00000000 G 00000000 11433553 | B | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Quittance De Remboursement
Maladie Maternité

Société : GENESCO N° de sinistre : 93580911
Contrat n° : 010 060089 / 00 N° dossier : 5298528
N° d'affiliation : 13 Réf dossier : AV98528
Matricule Société : 0 Date de survenance : 03/11/2023
CIN : Date de traitement : 22/11/2023
Assuré : MEZIAT KHADIJA Date de remboursement : 09/02/2024
Bénéficiaire : MEZIAT KHADIJA Code agence : 0-

| Nature des prestations | Dépense réelles en dhs | Base de remboursement | Coef (nbre) | Taux en % | Remboursement autre Cie | Remboursement AXA |
|------------------------|------------------------|-----------------------|-------------|-----------|-------------------------|-------------------|
| K SPECIALISTE | 600,00 | 600,00 | 0 | 85,00 | 0,00 | 510,00 |
| MEDICAMENTS | 140,00 | 140,00 | 0 | 85,00 | 0,00 | 119,00 |
| | 740,00 | 740,00 | | | 0,00 | 629,00 |

Observations :

Informations :

- Renseignements concernant le patient

Nom du patient : M. Z. J. B.

Prénom(s) du patient : Yves

Date de naissance : ..

Lien de parenté avec l'assuré(e) :

Nature de la maladie :

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

Fait à : , le

Détail des soins (à remplir par le Médecin)

| Nombre d'actes | Nature et coefficient | Montant détaillé des honoraires | Signature et cachet du médecin attestant le paiement des actes |
|----------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| N° ICE | | N° INP | |
| 236412023 | VLOO5 | 6100 |  Dr. Khaled Abdallah Spécialiste Maladie de l'arthrite et chirurgie des yeux Tel.: 05 22 25 36 98 - 05 22 85 18 18 N° INP: 091119354 ICE: 001700021000027 |
| N° ICE | | N° INP | |

Exécution des ordonnances (à remplir par le Pharmacien)

| Date de l'ordonnance | Montant de la facture | Cachet du pharmacien attestant le paiement de la facture |
|----------------------|-----------------------|---|
| 03/01/23 | 140,- | PHARMACIE IFNI DR. ALAMI KARIMA |
| N° ICE | INP 092034065 | N° INP |
| | | INP Mafaj Banka Camp Rue IFNI et Bd Med VI Casablanca tel : 03 22-44 9+36 |
| N° ICE | | N° INP |
| | | |
| N° ICE | | N° INP |
| | | |

| Date de l'ordonnance | Désignation des coefficients | Montant des honoraires | Signature et cachet du laboratoire ou du radiologue |
|----------------------|------------------------------|------------------------|---|
| | | | |
| | N° ICE | | N° INP |
| | | | |
| | N° ICE | | N° INP |
| | | | |
| | N° ICE | | N° INP |
| | | | |

Cadre réservé à AXA Assurance Maroc

Médecin conseil

Fiche dossier