

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

- Reclamation : 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakhri et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de (N) - Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (L.O.) - Fax : 05 22 20 78 10 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie
M23-009052

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9233 Société : RAM (RETRAITER)
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre
 Nom & Prénom : SABER Soumia
 Date de naissance : 12/03/1962
 Adresse : 19 RUE EL YASSINE RESID ANTILOPE 4 APPT 1 HAYAT EL BOULVAR
 Tél : 06 66 08 38 93 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 19/10/2023
 Nom et prénom du malade : SABER Soumia Age :
 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 : Casablanca Le : 19/10/2023
 Signature de l'adhérent(e) : Soumia

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M23-009052

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).

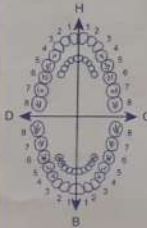
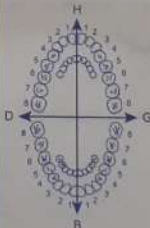
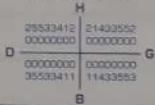
Matricule : 9233
 Nom de l'adhérent(e) : SABER Soumia
 Total des frais engagés :
 Date de dépôt :

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des Travaux <input type="text"/>
				Montants des Soins <input type="text"/>
				Début d'exécution <input type="text"/>
				Fin d'exécution <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
				Coefficient des Travaux <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) <small>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</small>			Montants des Soins <input type="text"/>
				Date du Devis <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le : 19/10/23

Cher confrère

Pour vous adresser

Je Saber Soumia, après de

61 ans, pour ostéoporose

et pré-ménopausale artrose

lombaire. Je vous l'adresse

pour 10 séances de rééducation

lombaire avec renforcement

musculaire abdominal.

Marouané HOBAIZI

Kinésithérapeute &
Physiothérapeute

المعالج الطبيعي و
المعالج الوظيفي

المعالج الوظيفي و
المعالج الطبيعي

المعالج الطبيعي و
المعالج الوظيفي

DEVIS

Sché le _____ : 27 / 10 / 2023

NOM ET PRENOM : HOBBAIZI Marouane

1 séance de rééducation fonctionnelle à l'hôpital

Nombre de séances prescrites ou suggérées : 1

arrêté le présent devis à la somme de 224,000,000

Le patient a accepté le présent devis

-Patente : 290 19 349
-I.F : 40484822
-L.C.E : N° 000822/200000048

Cachet et signature :

MAROUANE HOBAIZI
Kinésithérapeute
Physiothérapeute
N° 290 19 349
N° 40484822
N° 000822/200000048