

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

- | | |
|------------------------------------|---------------------|
| 0 Reclamation | contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | adhésion@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.



Déclaration de Maladie

N° W21-825936

Maladie Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)
09736

Matricule :

Actif

Nom & Prénom :

ELHAROUCHI SOUAD

Date de naissance :

13-10-1969

Adresse :

066284942

Total des frais engagés : _____ Dhs

Optique

Autres

RAM

Pensionné(e) Autre

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Hicham AFFAR
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste
156, Bd Oum Errabii El Oulfa
Tél 05 22 93 48 38

Date de consultation :

25/08/2023

Nom et prénom du malade :

EL Harouchi Souad

Lien de parenté :

Lui-même

Nature de la maladie :

Conjoint Enfant
Soins et prothèses dentaires.

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-825936

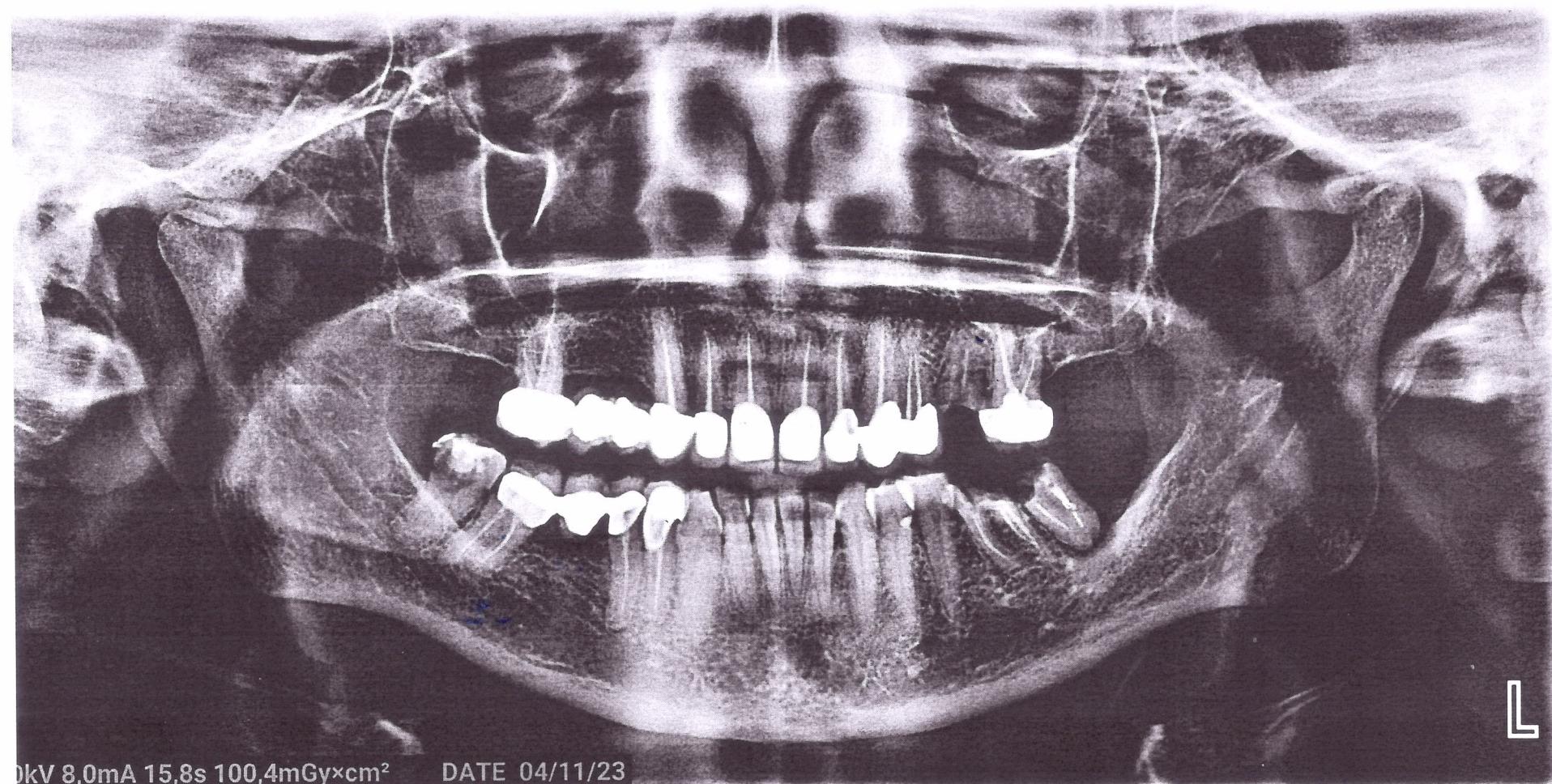
Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : 09736
Nom de l'adhérent(e) : ELHAROUCHI

RELÈVE DES FRAIS ET HONORAIRES																																																																
Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Montant détaillé	Cachet et signature du Médecin	Actes honoraires attestant le paiement des Actes	Montant des Honoraires	INP : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																										
EXECUTION DES ORDONNANCES																																																																
<table border="1"> <tr> <td>Cachet du Pharmacien</td> <td>Date</td> <td>Montant de la Facture</td> <td colspan="4">ou du Formisseur</td> </tr> <tr> <td colspan="7">ANALYSES - RADIODIAGRAPHIES</td> </tr> <tr> <td colspan="7"> <table border="1"> <tr> <td>Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue</td> <td>Date</td> <td>Designation des Grefficents</td> <td>Montant des Honoraires</td> <td colspan="4">Laboratoire et du Radiologue</td> </tr> <tr> <td colspan="7">AUXILIARIES MEDICAUX</td> </tr> <tr> <td colspan="7"> <table border="1"> <tr> <td>Cachet et signature du Participant</td> <td>Date des Soins</td> <td>Montant détaillé des Honoraires</td> <td>AM</td> <td>PC</td> <td>IM</td> <td>IV</td> <td>Montant des Honoraires</td> </tr> <tr> <td colspan="7">VOLTE ADHERENT</td> </tr> </table> </td> </tr> </table></td></tr></table>							Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture	ou du Formisseur				ANALYSES - RADIODIAGRAPHIES							<table border="1"> <tr> <td>Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue</td> <td>Date</td> <td>Designation des Grefficents</td> <td>Montant des Honoraires</td> <td colspan="4">Laboratoire et du Radiologue</td> </tr> <tr> <td colspan="7">AUXILIARIES MEDICAUX</td> </tr> <tr> <td colspan="7"> <table border="1"> <tr> <td>Cachet et signature du Participant</td> <td>Date des Soins</td> <td>Montant détaillé des Honoraires</td> <td>AM</td> <td>PC</td> <td>IM</td> <td>IV</td> <td>Montant des Honoraires</td> </tr> <tr> <td colspan="7">VOLTE ADHERENT</td> </tr> </table> </td> </tr> </table>							Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Designation des Grefficents	Montant des Honoraires	Laboratoire et du Radiologue				AUXILIARIES MEDICAUX							<table border="1"> <tr> <td>Cachet et signature du Participant</td> <td>Date des Soins</td> <td>Montant détaillé des Honoraires</td> <td>AM</td> <td>PC</td> <td>IM</td> <td>IV</td> <td>Montant des Honoraires</td> </tr> <tr> <td colspan="7">VOLTE ADHERENT</td> </tr> </table>							Cachet et signature du Participant	Date des Soins	Montant détaillé des Honoraires	AM	PC	IM	IV	Montant des Honoraires	VOLTE ADHERENT						
Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture	ou du Formisseur																																																													
ANALYSES - RADIODIAGRAPHIES																																																																
<table border="1"> <tr> <td>Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue</td> <td>Date</td> <td>Designation des Grefficents</td> <td>Montant des Honoraires</td> <td colspan="4">Laboratoire et du Radiologue</td> </tr> <tr> <td colspan="7">AUXILIARIES MEDICAUX</td> </tr> <tr> <td colspan="7"> <table border="1"> <tr> <td>Cachet et signature du Participant</td> <td>Date des Soins</td> <td>Montant détaillé des Honoraires</td> <td>AM</td> <td>PC</td> <td>IM</td> <td>IV</td> <td>Montant des Honoraires</td> </tr> <tr> <td colspan="7">VOLTE ADHERENT</td> </tr> </table> </td> </tr> </table>							Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Designation des Grefficents	Montant des Honoraires	Laboratoire et du Radiologue				AUXILIARIES MEDICAUX							<table border="1"> <tr> <td>Cachet et signature du Participant</td> <td>Date des Soins</td> <td>Montant détaillé des Honoraires</td> <td>AM</td> <td>PC</td> <td>IM</td> <td>IV</td> <td>Montant des Honoraires</td> </tr> <tr> <td colspan="7">VOLTE ADHERENT</td> </tr> </table>							Cachet et signature du Participant	Date des Soins	Montant détaillé des Honoraires	AM	PC	IM	IV	Montant des Honoraires	VOLTE ADHERENT																											
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Designation des Grefficents	Montant des Honoraires	Laboratoire et du Radiologue																																																												
AUXILIARIES MEDICAUX																																																																
<table border="1"> <tr> <td>Cachet et signature du Participant</td> <td>Date des Soins</td> <td>Montant détaillé des Honoraires</td> <td>AM</td> <td>PC</td> <td>IM</td> <td>IV</td> <td>Montant des Honoraires</td> </tr> <tr> <td colspan="7">VOLTE ADHERENT</td> </tr> </table>							Cachet et signature du Participant	Date des Soins	Montant détaillé des Honoraires	AM	PC	IM	IV	Montant des Honoraires	VOLTE ADHERENT																																																	
Cachet et signature du Participant	Date des Soins	Montant détaillé des Honoraires	AM	PC	IM	IV	Montant des Honoraires																																																									
VOLTE ADHERENT																																																																



EL HAROUCHI SOUAD



0kV 8,0mA 15,8s 100,4mGy×cm² DATE 04/11/23