

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 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.

Déclaration de Maladie

N° W19-511895

C.A

RID



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8716

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AIT MANSOUR MUSTAPHA

Date de naissance : 01-03-66

Adresse : AL AMANNA 2 RUE 35 N° 46168

Tél. : 661324356

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

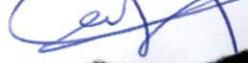
Nature de la maladie :

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 : 15-01-20

Signature de l'adhérent(e) : 



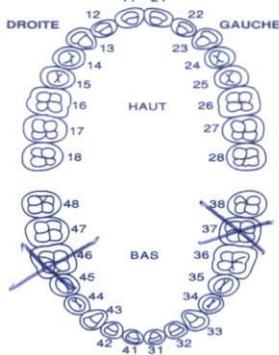
SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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

D 30

Montant des soins

1000 DH

Début d'exécution

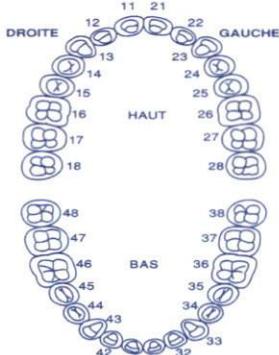
25/12/19

Fin d'exécution

27/12/19

O.D.F. Prothèses dentaires

Détermination du coefficient masticatoire



D	H	G
25533412	21433552	
00000000	00000000	
00000000	00000000	
35533411	11433553	

(Création, Remont, adjonction)
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

Visa et cachet du praticien
attestant le devis

Visa et cachet du praticien
attestant l'exécution

VOLET ADHERENT

NOM :

DECLARATION N°

P 17 / 044961



Mme

**Cachet
MUPRAS**

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois

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



P 17 / 044961

DATE DE DEPOT

/ 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mme 8716

Nom & Prénom **ATMANOUR MUSTAPHA**

Fonction **ca3**

Phones **0661324356**

Mail **atmanour.mvs@gmail.com**

Signature de l'adherent

MEDECIN

Prénom du patient **ANAS**

Adhérent Conjoint Enfant Age

Date

Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

**Signature et
cachet du
medecin**

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

PHARMACIE

Date **25/12/19**

Montant de la facture

48,50

**Signature et
cachet du
pharmacien**

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date **25/12/19**

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

15 Radiographie 100 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date

Nombre

AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

CACHET

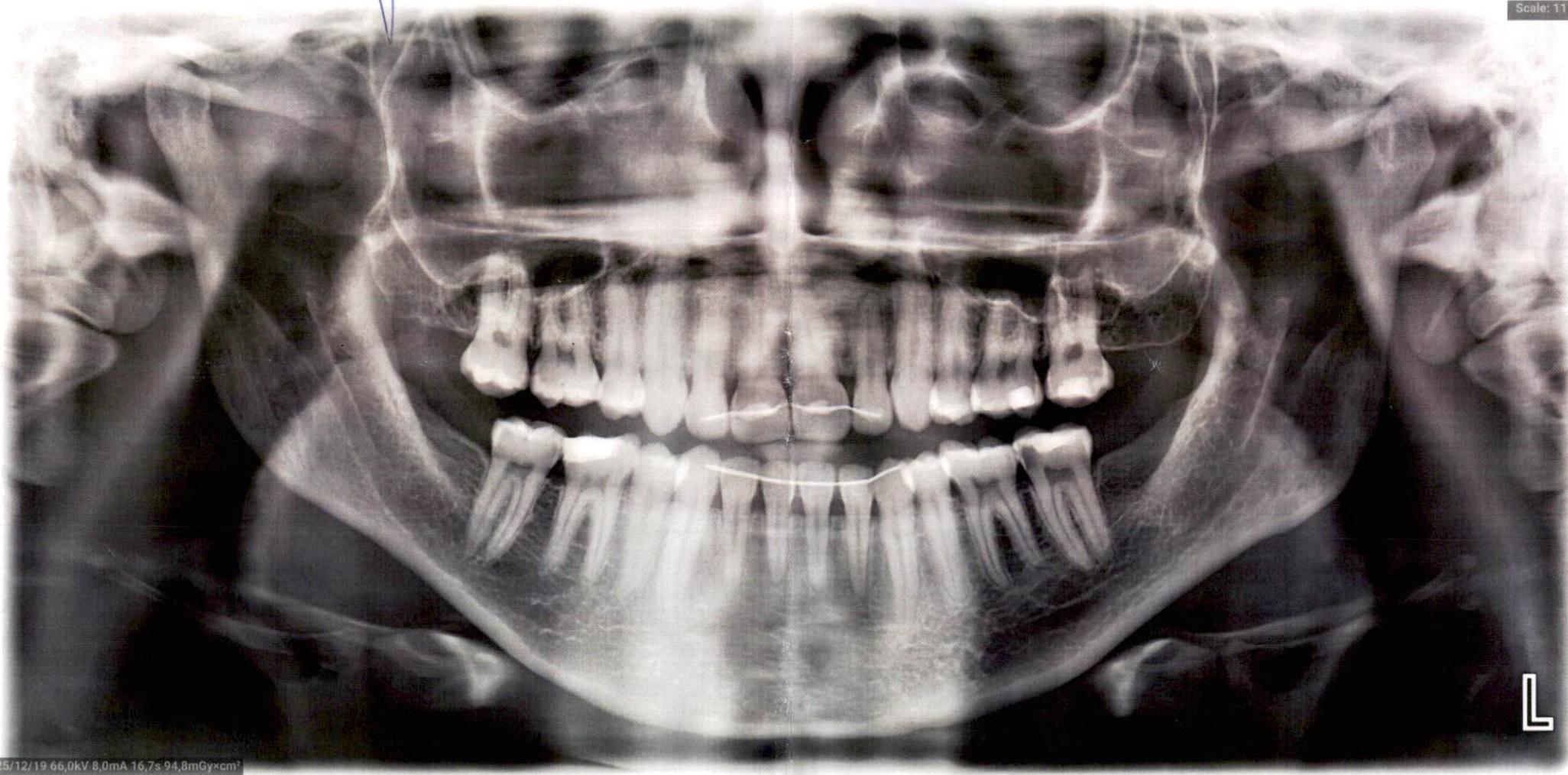


D'ASLAM' NARJISSE
CENTRE DENTAIRE
ALEXANDRIE
Tél 05 22 86 23 22

Ait Mansour Anas
DOB:
ID: 000730



Scale: 117%



25/12/19 66,0kV 8,0mA 16,7s 94,8mGy/cm²



CENTRE DENTAIRE ALEXANDRIE

CENTRE DENTAIRE SPÉCIALISÉ

ORTHODONTIE - ENDODONTIE - DENTISTERIE ESTHÉTIQUE - PÉDODONTIE
CHIRURGIE - IMPLANTOLOGIE

D^r LASLAMI Narjisse

Orthodontiste

Ex-interne - Résidente - Médecin spécialiste CHU Ibn Rochd - Casablanca

Casablanca, le

25-12-19

MAIT MANSOUR ANAS .

48,50

* Peis Riu (gel)



Application 3x5 pensant 15j (s.)

PHARMACIE DES SCIENCES
Centre Commercial Laimoun II
CASABLANCA
Tél : 022 99 48 14

D'LASLAMI NARJISSE
CENTRE DENTAIRE
ALEXANDRIE
Tél : 0522 862 22



📍 29, Rue El Yazidi Mohammed - Quartier des hopitaux - Casablanca - MAROC

📞 0522 862 322

✉️ Narjisselaslami@gmail.com

DR LASLAMI NARJISSE

NOTE D'HONORAIRE 000218

Casablanca le : 27/ 12/2019

Nom et prénom du patient : AIT MANSOUR ANAS