

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	: adhesio...@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° W19-464590

N°
11642

CP



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1285

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CABRANE Abdellah

Date de naissance :

01/01/48

Adresse :

RAMAL II BLOC-A lot: 118

SETTAT

Tél. :

0664456419

Total des frais engagés : # 240,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. FAIZ Fatima Ezzahra
Médecin Généraliste
Bd Général El Kettani
N 88, 1ère Etage, Appt 1
SETTAT-Tél: 0523 40 38 91

Cachet du médecin :

29 NOV. 2019

Date de consultation :

Calvane Abdellah

Age:

Nom et prénom du malade :

OMAR

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

OMAR

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

09 DEC. 2019

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 : SETTAT

Le : 29/11/19

Signature de l'adhérent(e) :

beur

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

20 NOV. 2019

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	N° de la Facture Montant de la Facture
Pharmacie AL QODS DALOUDI EL Hassane Dr en Pharmacie 46 Bd Med V Settat 13400 Casablanca	29.11.2019	240,70

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOPHGRAPHS

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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'ODP.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	25533412 00000000	21433559 00000000		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	00000000 35533411	00000000 11433553		DATE DU DEVIS <input type="text"/>
	B			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Fatima Ezzahra FAIZ

Médecine Générale
Echographie

Nutrition et Diabète, Obésité
Cholestérol, Maladies Rénale



الدكتورة فاطمة الزهراء فائز
الطب العام
الفحص بالصدى
التغذية والسكري السمنة
الكوليسترونول أمراض الكلى

Ordonnance

Settat, le 29 NOV 2019

N° du Lot : 3443
Date Per. : 01/2023
P.P.V: 119,10 DH

du malade : Alhassane Abdellah

119,10 1) Aduane: SV
101,46 2) Doflazacort 300 mg
240,70 3) Otepase SV
2020

