

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.



Declaration de Maladie

N° W19-518206

NO: 18245

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1025 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LAALEJABOUEZ YAK

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : Age :

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
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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.

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient													
				Coefficient des travaux												
				Montant des soins												
				Début d'exécution												
				Fin d'exécution												
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553		Montant des soins
	H															
	25533412	21433552														
00000000	00000000															
G																
00000000	00000000															
35533411	11433553															
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis													
			Fin d'exécution													
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution														

VOLET ADHERENT	NOM: <u>LALEJ ABDEHAK</u>	Mle <u>1025</u>
DECLARATION N° P 14/0034095		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<u>30-01/20</u>	<u>C. 100,-</u> <u>ind. 300,00</u>	
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 14/0034095

DATE DE DEPOT

/ /201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle <u>1025</u>	Signature de
Nom & Prénom <u>LALEJ ABDEHAK</u>			
Fonction <u>RTA</u>	Phones <u>0667 513849</u>		
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient <u>Abdehak Lalej</u>		Signature MASSAOUDI Médecin généraliste Lot dand de Sidi Maarouf 05 22 78 08 47
Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐	Age <u>71 ans</u>	Date <u>28/12/19</u>	
Nature de la maladie		Date 1ère visite <u>28/12/19</u>	
<u>Anxiété sévère + insomnie + RGO</u>			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
<u>C</u>	<u>C</u>	<u>100 dh</u>	
PHARMACIE	Date <u>04/01/2020</u>		
Montant de la facture			
<u>209,60</u>			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
	CACHET		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
		CACHET	

LOT 190129
EXP 01/2022
PPV 40.30DH

Date: 28/12/2019

40,30 40,30

LOT 190132
EXP 01/2022
PPV 40.30DH

LOT 190129
EXP 01/2022
PPV 40.30DH

et prenom: Ladj Abdelhak

Ordinance

49,30 x 5

1) Xanax

2) DASSO 1 plj

+ 2000

3) Imovane 7,5 mg

MAPHAR PPV
42 DH 90

7,60 1 plj

3) Rennie 1 cp

362,00 1 cp x 3 li pdt 10j

14,40

14,40

14,40

14,40

604/07/20
N° 1466

N° Ord.: 13602
Date: 28/12/19

N° Ord.: 13603
Date: 28/12/19

14,40 x 4

Dr. Yasmine MASSAOUDI
Médecin généraliste
32, Lot dandoune, Sidi Maarouf
05 22 78 08 47