

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.

N° W19-441833

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 13185	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BOUGRINE ZAKARIA			
Date de naissance : 23/09/1942 à Khouribga			
Adresse :			
Tél. : 06 62 78 18 82		Total des frais engagés : 3534, 68 Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 24/08/2019	
Nom et prénom du malade : KERDOUDI FADOUA Age: _____	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Arthrose des	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 10 SEP. 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 : **CASABLANCA** Signature de l'adhérent(e) : **09/09/2019** Le : **09/09/2019**

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE JEANNEAU 10, RUE DE LA CHAPELLE 69100 LYON TÉL. 04 37 52 25 52 - FAX 04 37 52 25 52	18/04/2018	184,40 de 24/08/18

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

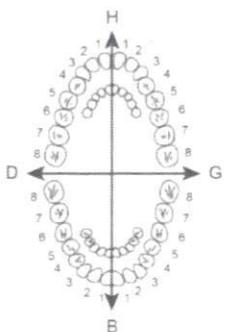
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	09/03/19					3100 DM

VOLET ADHERENT

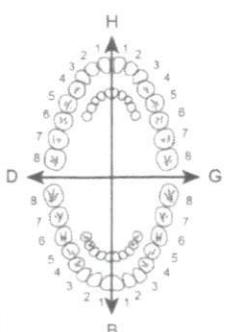
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

Coefficient des travaux

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
PRAISE

DATE DE

JX

100

2

2

JX

100

ANSWER

1

1. ^{75,50} Dernière: 14 + 4 SPC
pol. 3 mois SV

2. ^{29,40} Ch. brescianum
14 + 4 SPC pol. 16

3. 18 + 3 S

4. 14 + 3 S 1

5. 14 + 3 S 1

6. Narkose plus: 184140 + 3 S SPC

Pharmacie Jemaâ Al Adarissia
AITOUIYHANE Ghirlane
Dr. En Piscovarie
Tel: Loubna Mag. Sidi Maârouf - Casa
Tél: 0522 784545 - N° NPE: 0911202

Dr. AYED Fathia
Res. Loubna 1 - Etg.
en face Sidi Maârouf - N°
Tél: 0522 784545 - N° NPE: 0911202

RIZKI OPTIC



Facture N° 0253/2019

LE: 09/09/2019

Client: Mme. KERDOUDI FADOUA

	SPHERE	CYLINDRE	AXE	ADDITION
ŒIL DROIT	+3.25	-1.00	80°	+2.50
ŒIL GAUCHE	+2.75	-0.50	105°	+2.50

Vision de loin :

Monture : OPTIQUE

Verre : PROGRESSIF ORGANIQUE AR

Vision de près :

Monture :

Verre :

Montant de la vision de loin :

ŒIL DROIT	1300
ŒIL GAUCHE	1300
MONTURE	500

Montant de la vision de près

ŒIL DROIT	
ŒIL GAUCHE	
MONTURE	

PRIX T.T.C : 3100.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : **Trois mille cent dirhams**

142, LOT Dandoune - Sidi Maârouf - Casablanca. Tél : 05 22 97 34 72

Patente : 36125956 IF : 20798514 RC : 431448

ICE : 001957304000041



095011201