

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



Declaration de Maladie

N° W19-473362

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 canaux, 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 canaux.

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.

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06714 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KRITA AHMED

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 066172M03 Total des frais engagés :

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
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.

Veillez fournir une facture

Veillez 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																
				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> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553				Montant des soins
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
00000000	00000000	00000000	00000000																	
35533411	11433553																			
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis																	
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de																	

VOLET ADHERENT		NOM : <u>KRITA AHMED</u>	Mle <u>6714</u>
DECLARATION N°		W18-383913	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
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			



W18-383913

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle <u>6714</u>
Nom & Prénom <u>KRITA AHMED</u>		
Fonction : <u>Retraite</u>	Phones : <u>0667721193</u>	
Mail		
MEDECIN	Prénom du patient	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date <u>23/07/19</u>
Nature de la maladie	Date 1ère visite	
<u>Affection métabolique</u>		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
	<u>W</u>	<u>35900</u>
PHARMACIE		Date
Montant de la facture		
Pharmacie Chahrazad Casablanca		
S.A.R.L. AU		
Rue Ezzouhour 158 bis		
(ex Rue Saint Laurent) Casablanca		
Tél: 06 22 81 03 35		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV

Dr. Fatima MAROUAN
Professeur Universitaire
Dentiste
2024 98

5400

Professeur universitaire

أستاذة جامعية

Spécialiste en endocrinologie, diabétologie et maladies de la nutrition

أخصائية في علم الغدد الصماء و أمراض التغذية

Ex chef de service d'endocrinologie au CHU de Casablanca

رئيسة سابقة بمصلحة الغدد بالدار البيضاء

Ex Enseignante à la Faculté de Médecine de Casablanca

أستاذة سابقة بكلية الطب بالدار البيضاء

Lauréate de la faculté de Médecine de Lyon

خريجة كلية الطب بليون

Casablanca, le : 23.07.2019

Nom : Kaita Ahmed

1800 + 3

Disformeine 850



ref 11

1cf pour

une mètre

ce à la fin des pas

54.00

Pharmacie Chahrazad Casablanca
Rue Ezzouhouir 158 Bis
(ex Rue Saint Laurent) Casablanca
Tél 05 22 81 03 35

gt zmes

[Signature]

Diaformine[®]

Metformine

850 mg

30 comprimés pelliculés
Voie orale

b

bottu ^{S.A.}
82, Allée des Casuarinas - Ain Sebila - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

18,00

PPV	18DH00
PER	02/22
LOT	1501



Diaformine[®]

Metformine

850 mg

30 comprimés pelliculés
Voie orale

b

bottu ^{S.A.}
82, Allée des Casuarinas - Ain Sebila - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

18,00

PPV	18DH00
PER	02/22
LOT	1501



Diaformine[®]

Metformine

850 mg

30 comprimés pelliculés
Voie orale

b

bottu ^{S.A.}
82, Allée des Casuarinas - Ain Sebila - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

18,00

PPV	18DH00
PER	02/22
LOT	1501

