

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 canalaire, 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 canalaire.

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° W19-462337

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **10308**

Société : **R.A.M**

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

Bougaddou Fatima

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **06 02 40 05 56**

Total des frais engagés : **5** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 : **CASA** Le : **10/10/19**

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des actes
17/10/2019	CDS		300 DAS	INP: 0311127782 FET 14. ROUSSI ABDEL Pédiatre - Neurologue Pédiatre - Homéopathie Sous imm. 116 App. 1 Casablanca - Casablanca 22000

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/10/19	23.10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
					COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
		$\begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433552 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 00000000 \quad 00000000 \\ B & 35533411 \quad 11433553 \end{array}$			
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession					

عيادة طبيب الأطفال الفردوس

CABINET

UT.AV:

P.P.V

AL FIRDAOUS

Dr. ROUSSI A

LOT N°:

23,10

Pédiatre - Homéopathie
Échographie
Allergologie / Asthme
Exploration Échographique

الرَّكْتُورُ عَبْرُ الْفَتَحِ

طبيب الأطفال والرضع
الطُّبُّ الْمُثْلِي

تشخيص و تتبع الربو والحساسية
الفحص بالصدى "الإيكوغرافيا"

NOM : RAFIK HIBA

DATE : 17/10/2019

AGE : ans

P : kg

O° : °

23,10

- LYSANXIA 10MG :1/2CP MATIN ET SOIR

PHARMACIE QUIMIERRABII
Dr. Abdelkader OULID H
Nakib Med Taib Naciri - Tel: 05 22 90 88 72. Fax: 05 22 90 12 66
Casablanca - Tel: 05 22 90 88 72. Fax: 05 22 90 12 66



PHARMACIE QUIMIERRABII
Dr. Abdelkader OULID H
Nakib Med Taib Naciri - Tel: 05 22 90 88 72. Fax: 05 22 90 12 66
Casablanca - Tel: 05 22 90 88 72. Fax: 05 22 90 12 66

NB : le RDV de contrôle ne dépasse pas jours

Préfecture Hay Hassani : Imm. T016 Résidence Al Firdaous - Apt. n°2
Bd. Nakib Med Taib Naciri (près de tribunal justice de la famille) - Casablanca
Tél.: 0522 89 40 40 - Gsm : 06 61 17 49 28 • E-mail : a.rouissi@menara.ma
Taxe Professionnelle : 36036213