

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ Réclamation | : contact@mupras.com |
| ○ Prise en charge | : pec@mupras.com |
| ○ 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.

MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-513125

ANPL

| | | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) | | | |
| Matricule : 8326 | | Société : 2367E | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : DRIOUECH LOTFI | | | |
| Date de naissance : | | | |
| Adresse : 47 RUE IMAM MOUSLM JASIS | | | |
| Tél. : 0661336306 | | Total des frais engagés : Dhs | |

| | |
|---|---|
| Cadre réservé au Médecin | |
| Cachet du médecin : | |
|  Dr. C. Pohlmann MUPRAS | |
| Date de consultation : 3/2/2020 | Nom et prénom du malade : DRIOUECH SOFIA Age: |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint |
| Nature de la maladie : PELADE | <input checked="" type="checkbox"/> Enfant |
| 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 : 04 MARS 2020

Signature de l'adhérent(e) : 

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

Remplissez ce volet, décolez-le.
Il sera nécessaire de le présenter lors de la réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par

| RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES | | | |
|---|-------------------|-----------------------|---------------------------------|
| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires |
| 3.7.2020 | | | 150,- EVA |
| et signature du Médecin ayant le Paiement des Actes | | | |

[Handwritten signature]

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| ANALYSES - RADIGRAPHIES | | | |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| 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 |
| | | A M | P C | I M | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

VOLET ADHERENT

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

| DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | |
|---|----------------------|
| H | G |
| 25533412 00000000 | 21433552 00000000 |
| D | G |
| 00000000 35533411 | 00000000 11433553 |
| B | |
| [Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession | |
| DATE DE DEVIS | |
| DATE D L'EXEC | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | |
| VISA ET CACHET DU PR | |

CONSULTA DE MEDICINA GENERAL

Kinesiología - Homeopatía ~ Med. General ~ Puericultura

Dra. C. Pohlmann Graziani

Coleg.292904487

NIF 27333233X

C/Almeria 1.Don Alonso of.4 San Pedro

Tf.952783455

Nº de Factura (3193)

3/2/20

Factura

sofia

driouech

Concepto

honorarios medicos por visita en consulta Dra. Pohlmann di 3-02-2020 son
TOTAL (cincuenta euros) 150 .- euros

diagnostico : alopecia areata recidivante

