

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 :

- Reclamation : 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 à la "Ben Abdellah" - Borne El Hadj Abdelhak El Khatib et Rue Aïssa Ben Abdellah - Quartier de l'Indépendance - Casablanca 20000. Tél. : 05 22 20 45 45 (L01) - Fax : 05 22 22 78 15 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-450902

NB = 24 274

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2886

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre 69 ans

Nom & Prénom : AIT CHETOU LAHCEN

Date de naissance : 01-01-1950

Adresse : N°21 Rue 106 Bd Oued Sabou ou lfa : CHST

Tél. : 0658214908

Total des frais engagés : 289,80

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/01/2020

Nom et prénom du malade : Ait Chetou Lahcen 69 ans

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, communiqué les renseignements confidentiels 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 : CHST

Signature de l'adhérent(e) : [Signature] 09/03/2020



RELEVÉ 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
24/12/2020		1 = 180,00 GAG		INF

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date
Pharmacie TAM r. Bennani Jaafar 3d Oued Sebou - Oujda CASABLANCA Tél: 0522 90 18 99	Montant de la Facture 139,80 INPE: 092055433

[illegible][illegible]

VOLET ADHERENT

RELEVÉ 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 caninaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 														
					COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION													
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	H <table style="border-collapse: collapse; margin: 0 auto;"> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black;">04500410</td><td style="border-bottom: 1px solid black;">01400050</td></tr> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black;">00000000</td><td style="border-bottom: 1px solid black;">00000000</td></tr> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black;">00000000</td><td style="border-bottom: 1px solid black;">00000000</td></tr> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black;">00000000</td><td style="border-bottom: 1px solid black;">00000000</td></tr> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black;">00000000</td><td style="border-bottom: 1px solid black;">00000000</td></tr> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black;">00000000</td><td style="border-bottom: 1px solid black;">00000000</td></tr> </table> B			04500410	01400050	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000			COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
	04500410	01400050																
	00000000	00000000																
	00000000	00000000																
	00000000	00000000																
	00000000	00000000																
	00000000	00000000																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Arafa Alaoui F. Sakina

Médecine Générale

Diplômée en Echographie

Médecine de Travail

الدكتورة عرفة العلوي ف. سكيينة

الطب العام

دبلوم الفحص بالصدى

طب الشغل

Casablanca, le 21/01/2020 في الدار البيضاء، هي

45 Art Chetou Lalicen

79170
1)

Azylol TAM S.V

14/7 x 3 gaeul

du 45

ZITHROMAX 500 MG

Boite de 03 comprimés

Lot: 1279481

Date Fab: 08/2019 Date Exp: 07/2021

PPV: 79,70 DH

60110

2)

Radilha TAM S.V

14/7 x 3/7 art & 1/2

139180

Dr. ARAFA SAKINA
Médecine Générale: Echographie
Ad. Oued Sebou - Rue 174 N° 65
Tél/Fax: 05 22 91 12 77
05 091 01 19 75 / 05 002 263 415 000 0034

Distribué sous licence
par L'APROPHAN
21, rue des Oudaya
CASABLANCA - Maroc

580735

PPV:
60DH10

Pharmacie TAM

Dr. Bennani Yaafar

302, Bd Oued Sebou - Oulfa

CASABLANCA

Tél: 0522 90 18 99