

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 | adhésion@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.



Déclaration de Maladie

N° W19-451182

ND: 29 120

Optique

A

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule:

616

Société:

R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre:

Nom & Prénom:

SAHLI LATOUERINE

Date de naissance:

01.06.1948

Adresse:

HAÏ EL ZNARA 1 RUE 14 N° 21 C.F.S.A Aïn Chock

Tél. 06 75 83 53 62 Total des frais engagés:

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin:

Dr Mohamed WADIF
Chirurgie Orthopédique
et Traumatologique
398, Bd. Reda Gdira (Ex. Nil)
Cité Djamaâ - Tél.: 0522 556 444

Date de consultation:

M. BRIYA. NAIMA

Age:

Nom et prénom du malade:

Conjoint

Enfant

Lien de parenté:

Lui-même

Nature de la maladie:

Asthmique

ICE: 001681267000045

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'att. 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:

Corabœuf

Le : 05 JUN 2020

Signature de l'adhérent(e):

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-451182

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute
réclamation ultérieure.

Matricule: 616

Nom de l'adhérent(e): SAHLI

Total des frais engagés:

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
05 JUIN 2020	1	n	250,00	INP 091138156 Dr Mohamed WADIF Chirurgie Orthopédique et Traumatologique 10 Bd Reda Gdira (Ex. Nih) Tél: 0522 556 444

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	5/6/20	274,90

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	

VIOLET ADHERENT

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est tenu de préciser la dent traitée l'acte pratique en indiquant la nature des soins

Important:

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan.

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXERCICE

Lot: 190887
A consommer avant: 12/2022
~~PPC 79,50 DH~~

- Diplôme d'Université de Traumatologie du Sport
- Diplôme d'Université de Chirurgie de la main
- Diplôme d'Université de Microchirurgie
- Diplôme d'Université d'Arthroscopie



البطء
اختصار
PPV: 42DH60
PER: 11/22
LOT: I2541

Ancien Chirurgien des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg
Ancien Chirurgien des Hôpitaux Militaires du Maroc

Cabinet sur rendez-vous

ICE : 001681267000045

Casablanca, le 05 JUIN 2020

M - BRiha MAINA

22,20
87.00
42,60
22,60
79.50
21.00

1	<u>Edeliprons</u>	149 22
2	<u>Relaxium 300</u>	multi
3	<u>Mobic 715</u>	149 11
4	<u>Alpha Kodel</u>	109
5	<u>D3 Norm</u>	20
6	<u>Librox</u>	109

2741, 90

Dr Mohamed WADIF
Chirurgie Orthopédique
et Traumatologique
398, Bd. Reda Gdira (Ex. Nil)
Cité Djamaâ - Tél.: 0522 556 444

398، شارع رضا كثيرة (شارع التيل سابقا) قرية: **سباتة - البيضاء الهاتف:** 05 22 55 64 44 - **امسيك، سباتة - البيضاء الهاتف:** 398, Bd Reda Gdira (Ex. Bd.Nil), 1^{er} Etage Ben Msik- Sbetta - Casablanca Tél.: 05 22 55 64 44