

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.

Déclaration de Maladie

N° W19-417126



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

| | | | |
|---|---------------------------------------|--------------------------------------|----------------|
| Matricule : | 9701 | Société : | RAM. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | GADROUZ RACHID |
| Nom & Prénom : | | 07-26-1967 | |
| Date de naissance : | | Adresse : HAB | |
| Tél. : 0678061086 | | Total des frais engagés : 441,80 Dhs | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin : | | | |
| Date de consultation : 02-04-2020 | | | |
| Nom et prénom du malade : GADROUZ OMAR Age: 2001 | | | |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant | | | |
| Nature de la maladie : affection respiratoire | | | |
| 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 : CNA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 15/11/2020

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 02-09-20 | g | 100 | 100 | INP 091211259 Médecin Généraliste Enseignement Académique N°73 IMM 3545 - L. Sifa 20230 Casablanca Tél. 0522651212 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|--------|-----------------------|
| PHARMACIE JAHNE SOFIA SARL 0857 149265 0857 02265 0857 | 341,20 | |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

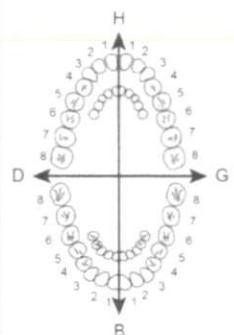
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

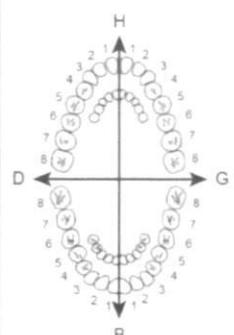
| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|------------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| G | 00000000 | 00000000 |
| B | 35533411 | 11433553 |

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

MONTANTS
DES SOINS

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

DEBUT
D'EXECUTION

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

MONTANTS
DES SOINS

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

DATE DU
DEVIS

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

DATE DE
L'EXECUTION

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Ilham EL OUAZZANI
Medecine Générale
Lauréate de la Faculté
de Medecine et Pharmacie Hassan II
Casablanca



الدكتورة إلهام الوازاني
الطب العام
خريجة كلية الطب
و الصيدلة الحسن الثاني
الدار البيضاء

Casablanca le : ٢٠ - ٦ - ٢٠

GADROU 2 OMAR

٩٥,٥

1. Aclav Ig

Doct 1 Sac x 21

LOT : 7799
PER : 01-22
P.P.V : 132DH00

٩٥,٥

2. Fitopolis Sirop

1 Sac x 31

de préférence à
PPC: 99,50 DH

74,60 /

٤٦,٥

Plus 3 CP

Le Soir -

PPV
LOT

٤٤,٧

Supradyn 10

CP effet
Le matin

PPC: 46,00 DH
CP effet

٣٤١,٣٥

5. Rinomucine

1 Sac x 31

٤٤,٧

Lotissement Riad Sofia RDC N°73 IMM 5 GH5

Lissasfa - 20230 Casablanca / Tél: 05 22 65 12 19

Tél: 05 22 65 12 19