

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, parodontologie 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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-499032

47164

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5459 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : CHAHOU DRISS
 Date de naissance : 21/08/1958
 Adresse : LOT SAFSAF N° 63 MARRAKECH
 Tél. : 06 19 83 21 07 Total des frais engagés : 398,45 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade : Age :
 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, 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 : Le : 09 / 11 / 20

Signature de l'adhérent(e) :

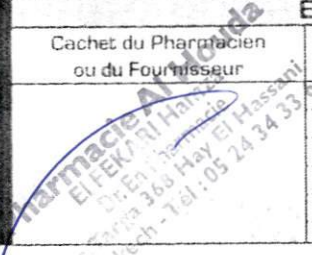
Adresses Mails utiles

- 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.

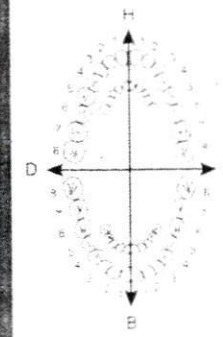
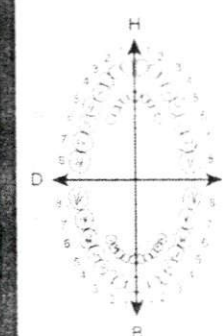
MUPRAS : Centre Abal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakhri et Rue Abal Ben Abdellah - Quartier de l'Europe - Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/8/2020	328,40

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant detaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS HONORAIRES										
Le praticien est prie de preciser 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'O.D.F.										
SOINS DENTAIRES	Dents Traitees	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>						
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>						
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>						
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>						
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE									
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		D	G	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H									
	D	G								
	B									
	[Creation, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, necessaire a la prothese		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>							
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>							
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>							
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION							

Docteur Jamali Azzeddine

SPÉCIALISTE

CHIRURGIE ET MALADIES DES YEUX

Diplômé de la Faculté de Médecine
de Clermont Ferrand en France

Sur Rendez-vous

ICE : 002163054000078

الدكتور جمالي عز الدين

اختصاصي

في أمراض وجراحة العيون

خريج كلية الطب بكلية فرن بفرنسا

بالموعد

INP : 071079883

Marrakech, Le

مراكش في

Cherui

Diss

164.20 x 2

→

Cosopt

de

(57)

1 Ale x 02 1

03 ms

150.0

2

Hello

de

(57)



022 - 01

244966

1-5 00 H

LOT

PPC:

1 ms

Pharmacie Al Houda

Lot Targu
Marrakech

Docteur JAMALI AZZEDDINE
Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux
213, Avenue Mohamed V - Guéliz

213, شارع محمد الخامس (قرب الخطوط الجوية الملكية، بين بنك الوفاء ومصرف المغرب) - الهاتف: 05 24 44 95 25 - مراكش

213, Avenue Mohamed V Marrakech - Guéliz (à côté de Royal Air Maroc, Entre Wafa Bank et Crédit du Maroc) - Tél. : 05 24 44 95 25