

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W19-466440

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

2291

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

Actif

Pensionné(r)

Autre :

Nom & Prénom :

CHAFFI KHALID

Date de naissance :

08.09.1957

Adresse :

28 VI AL ASSIR

Tél. :

0668427177

Total des frais engagés : 392,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age :

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

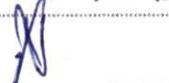
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

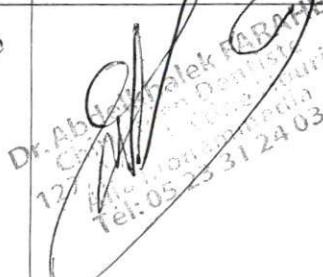
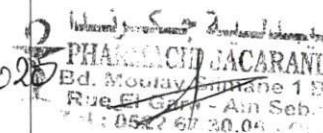
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 23/11/12 à MORTAGNE-BEAUVAIS

Le : 23/11/12

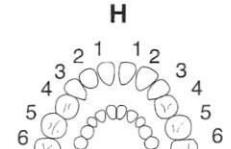
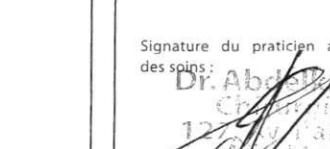
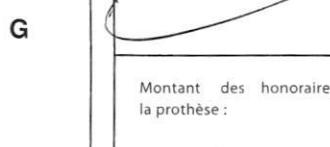
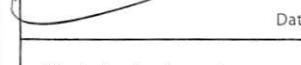
Signature de l'adhérent(e) :



Dates des actes médicaux	Signature et cachet du praticien attestant le paiement des actes	Montant des honoraires
Médecin traitant	26/06/20  Dr. Abdellatif Farahat Cabinet de Médecine Générale 127 Avenue Hassan II Tel: 0522 67 31 24 03	200,00
Pharmacie	26-6-2020  PHARMACIE JACARANDA Ed. Moulay Elouane 1 B Rue El Gara - Ain Seba Tel : 0522 67 30 04	192,10
Analyses / Radiologie		
Auxiliaires médicaux		

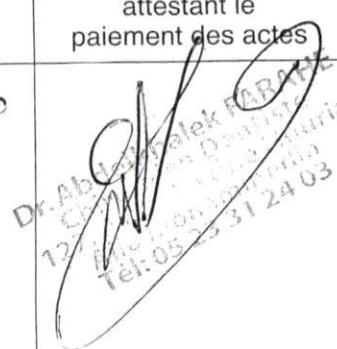
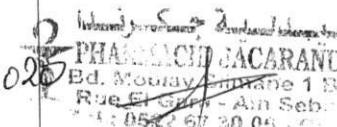
leur coefficient d'après la Nomenclature Générale des ...

DEVIS FACTURE

SOINS	PROTHESE
H	
D	
G	
B	
Le praticien couvre de hachures les DENTS A REMPLACER, surcharge le contour des dents qui supporteront des crochets, indique la nature de l'appareil, le nombre de dents artificielles et de crochets	
Montant des honoraires perçus par le praticien pour les soins <input type="text" value="2000"/>	
Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement des soins : Dr. Abdellahalek FARAHÉ <i>Chirurgien Dentiste</i> <i>12, Avenue Hassan II Casablanca Algérie Tel: 05 23 31 24 03</i> 	
Date : <input type="text" value="26/06/20"/>	
Montant des honoraires perçus par le praticien pour la prothèse : <input type="text"/>	
Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement de la prothèse : 	
Date de l'appareillage : <input type="text"/>	

VOLET DÉTACHABLE

Prière de remplir et de garder ce volet qui sera nécessaire à présenter pour toute réclamation.

Dates des actes médicaux	Signature et cachet du praticien attestant le paiement des actes	Montant des honoraires
Médecin traitant 26/06/20		200,00
Pharmacie 26-6-2020		192,10
Analyses / Radiologie		
Auxiliaires médicaux		

Dr. Abae..

CHIRURGIEN DENTISTE
Diplômé de la Faculté de
Médecine Dentaire de Rabat

127, Av. Palestine Houria
Alia - Mohammedia
Tél : 05 23 31 24 03

05/20/10 50 05/20/10
05/20/10 50 05/20/10
05/20/10 50 05/20/10

دبي طب الأسنان
بالرباط

شارع فلسطين الحرية 127
العالية المحمدية
الهاتف : 05 23 31 24 03

المحمدية في..... محمدية..... 26/06/2020.....

Madame CHAFI FATIHA

69,50 - DONTOMYCINE (3 M. U. I)
1 cp matin et soir pendant 5 j

45,50 CATAFLAM (50 mg)
1 cp 3 x / j pendant 7j après les repas

77,10 - PRESIDENT (défense bain de bouche)
En bain de bouche 3 x / j pendant 7 j

192,10

مختبر جكينا
PHARMACEUTICAL JACARANDA
Bld. Moulay Ismaïl, Rue El Gara, Ain Sebaâ
Tél: 0522 67 30 06 - Casablanca

Dr. Abolkhaled FARAHIE
Chirurgien Dentiste
127 Av. Palestine Houria
Alia Mohammedia
Tél: 05 23 31 24 03

X
VOLET DÉTACHABLE



Décompte de Remboursement Maladie-Maternité

AFF : / -

CONTRACTANTE : LESIEUR
NOM DE L'ASSURE : EL KHALFI FATIHA
BENEFICIAIRE : EL KHALFI FATIHA
DECLARATION N° : 19032430

/ 784592/

/ 75969

CONTRAT N° : 9106 60 / 357000
CERTIFICAT N° : 2185878 MATRICULE : 343
DATE DE LA DECLARATION : 26/06/2020
DATE DE REMBOURSEMENT : 23/07/2020

CODE ACTE	NATURE DES PRESTATIONS	VOUS AVEZ PAYÉ	REMBOURSEMENT ASSUREUR DE BASE	BASE DE REMBOURSEMENT	* COEFF.	TAUX REMB.	MONTANT DE REMBOURSEMENT
5	Consultation spécialiste	200.00		200.00		85%	170.00
15	Pharmacie	192.10		192.10		85%	163.29
TOTAUX		392.10		392.10			333.29

OBSERVATIONS :