

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-600560

53833

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1392 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BAGASE THAMEL

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 459,2

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
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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.

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux												
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux												
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	D 00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	G		Montant des soins
	H															
	25533412	21433552														
D 00000000	00000000															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
G																
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis													
			Fin de													

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W17-135966	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W17-135966

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT	Mle 1392
Nom & Prénom	BAGASSE IMANED
Fonction :	Retraite
Phones :	0600770633
Mail :	mbagasse@gmail.com

MEDECIN	Prénom du patient
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie	Date 25/06/2020
Date 1ère visite	

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Non		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
	→	

PHARMACIE	Date 25/06/2020
Montant de la facture	109,20
INPE : 07 2073836	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES	Date :
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX	Date :
Nombre	Montant détaillé des Honoraires
AM PC IM IV	

Total = 350,00 + 109,20
= 459,20

مصحة الأطلس الكبير Clinique Grand Atlas



Ordonnance وصفة

Marrakech, le :

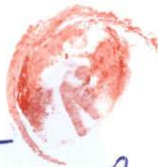
25/06/2020



Dr Hafida Beggasse

51.60

1/ Amoxic 75 p



1 p le soir après le dîner

42.00

à 12j

2/ Omiz 20 p



1 p le matin à jeun à 12j

15.80

3/ Doliprane 1 p après le dîner

109.20 1 p à 2j à 15j

Add : 38 Lot. Jawhar 2 Targa - Marrakech • Tel : 05 24 39 39 00
Email : clinique.grandatlas@gmail.com • Fax : 05 24 39 70 60

Dr. ABKARI Imad
Professeur Agrégé Traumatologie Orthopédie
Clinique Grand Atlas
38 Lot Jawhar 2 Targa - Marrakech
Tél : 05 24 39 39 00 / Fax : 05 24 39 70 60
INPE : 071169548

Pharmacie FLEMING
38 Lot Jawhar 2 Targa - Marrakech
Dr. LAMMAM
38 Lot Jawhar 2 Targa - Marrakech

PPV 150 H80
PER 10 / 22
LOT 12520



PPV : 51,40 DH

ion



Handwritten blue ink scribbles, possibly '2' and '5'.

Handwritten '42,00' in blue ink.

Clinique Grand Atlas



مصحة الأطلس الكبير

REÇU⁽¹⁾ N° : 033383

M Bagass Hafida à payé
La Somme de 357,00

Relative à :
en règlement des frais de

26/06/20

Du Au

Signature et Cachet



(1) Reçu de règlement provisoire, établi dans l'attente de la facture définitive.