

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0056203

147233

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule

2473

Société

R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom

KADDOUSSI DALIKA

Date de naissance

27/05/1953

Adresse

127 Bd Raja Yacout 3^e étage 001

GARIBLAMCA

Tél.

0663355119 Total des frais engagés

2600.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation

/ /

Nom et prénom du malade

KADDOUSSI DALIKA

Age

Lien de parenté :

Lui-même

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : CASABLANCA

Le 23/11/2023

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.

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
<i>N. JADM</i>	<u>Fracture</u> <u>09/10/2013</u>	<i>Reed genou (etc)</i>	<i>20 SÉANCES</i> <i>X</i> <i>1200 DH</i>			<i>2600 DH</i>

BELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser 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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		Coefficient

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca le 09/01/2023

FACTURE

Facture à :
MME :KEDDAM MALIKA

N° de facture: 02/23
Date de facture: 09 JANVIER 2023

Date début des séances	Date fin des séances
13/12/2023	09/01/2023

Réf.	Description	Quantité	Prix unitaire	Total
REE	REED GENOU DTE	20 séances	130.00	2600.00
Montant				2600.00

CALENDIER DES SEANCES :

13/12/2022	19/12/2022	27/12/2022	03/01/2023
14/12/2022	21/12/2022	28/12/2022	04/01/2023
15/12/2022	22/12/2022	29/12/2022	05/01/2023
16/12/2022	23/12/2022	31/12/2022	07/01/2023
17/12/2022	24/12/2022	02/01/2023	09/01/2023

Le Montant de la présente facture n°02/23 est arrêtée à la somme de DEUX MILLE SIX CENT dirhams.

Signature : AIT HMIDA ILIASSE
Physiothérapeute
Angle bd rahal elmskini et bd lalla yacout
entrée c 2ème étage cabinet n°6
RC : 389634 PATENTE : 33390250 IF : 45490032 CNSS : 8426175 ICE :001776872000074
Tél : 05 22 91 59 65

Angle bd rahal elmskini et bd lalla yacout entrée c 2ème étage cabinet n°6
RC : 389634 PATENTE : 33390250 IF : 45490032 CNSS : 8426175 ICE :001776872000074