

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
 - O Prise en charge : pec@mupras.com
 - O 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

Nº W21-813453

172783

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>12530</u>	Société : <u>RATP</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>OVINESS ILHATI</u>			
Date de naissance :	<u>01/12/1984</u>		
Adresse :	<u>Residence IEDN TAMARIS IMM 3 Appt C3</u>		
Dan Bouazzza			
Tél. : <u>06 79 43 25 36</u>	Total des frais engagés :		<u>600 000</u>
		Dhs	

Autorisation CNDDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	02.08.2023
Nom et prénom du malade :	QUINNESS ILHAN
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	suivi de grossesse
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plicatif 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 : Cesâo Lam

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 16/08/2023

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coiffement	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
02.08.2023	re		80	031181311
02.08.2023	échographie		80	
02.08.2023	obstétricale		6	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

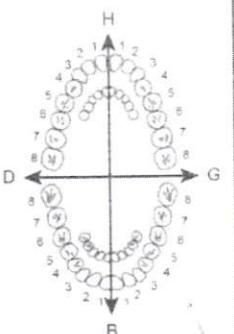
ANALYSES - RADIOPHARMACIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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.

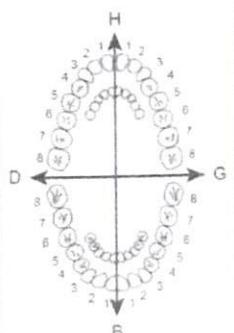


O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction] onctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DU
DEVIS

DATE DU
DEVIS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

DATE DE
L'EXECUTION

DATE DE
L'EXECUTION

DATE DE
L'EXECUTION



Suivi des grossesses normales et à haut risque
Accouchement
Echographie Gynécologique et Obstétricale
Chirurgie Gynécologique
Coeliochirurgie - Hystéroskopie - Colposcopie
Maladies et Cancer du sein
Ménopause
Infertilité du couple

رعاية و مراقبة الحمل
التوليد
الفحص بالصدى الصوتي
جراحة أمراض النساء
التشخيص والجراحة بالمنظار
جراحة أمراض و سرطان الثدي
سن اليأس
العقم للزوجين

Ordonnance

02/08/2023

الدار البيضاء في :

Casablanca le :

01/08/2023

Mme/Mlle :

DD 2 16/11/2022
116 117

1200

Gynécologue obstétricienne

Chauvet

Avec cholest

DG sur gynco

1m 60 kg 4900

Dosage

Dr. Lilia HAMOUMI CHAUVE
Gynécologue obstétricienne
60, Rue Naboussse - Maarif Ext. Casablanca
Appt 11 - Casablanca - Tél.: 05 22 25 18 54

625 (3499 + 515)

Suivi des grossesses normales et à haut risque
Accouchement

Echographie Gynécologique et Obstétricale

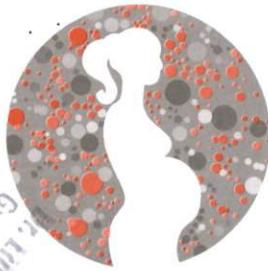
Chirurgie Gynécologique

Coeliochirurgie - Hystéroskopie - Colposcopie

Maladies et Cancer du sein

Ménopause

Infertilité du couple



رعاية ومراقبة الحمل
التوليد

الشخص بالصدى الصوتي

جراحة أمراض النساء

التشخيص والجراحة بالمنظار

جراحة أمراض وسرطان الثدي

سن اليأس

العمق للتزوجين

Ordonnance

Casablanca le : ٠٢ ٠٨ ٢٠٢٣
Mme/Mlle : OUINESS ILHAID

NOTE D'HONORAIRE

NOM : OUINESS

PRENOM : ILHAID

EROUSE : BEN KIRANE

DATE DE NAISSANCE : ١٥ ١٢ ١٩٨٤

CONSULTATION GYNECOLOGIQUE : 300 DHS

ECHOGRAPHIE PELVIENNE / OBSTETRICALE : 300 DHS

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE # DHS #

Six Cent DHS