

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 :

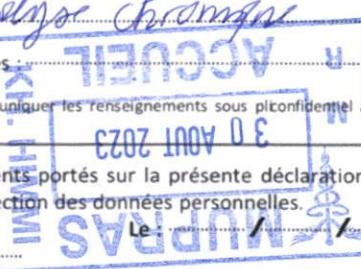
- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 11533		Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	Autre : HOUNA	
Nom & Prénom : NASR		Date de naissance :	
Adresse :		Tél. : 0600673793 Total des frais engagés : _____ Dhs	
Cadre réservé au Médecin			
Tél. 05 23 80 33 26 / INPE : 091265942			
Dr Soumia TALEB - Néphrologue			
Centre Hémodialyse Cathartérine			
Cachet du médecin :		Date de consultation : 16/08/23	
Nom et prénom du malade : NASR		Age:	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même		<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : Hémodialyse chronique		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 : _____			
Signature de l'adhérent(e) :			



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
16/08/23			850,00	INP 091265942
18/08/23			850,00	
21/08/23			850,00	
23/08/23			850,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		Ici: 05 23 80 33 26 / INPE: 091265942

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

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

	<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"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
	<input type="text"/> DATE DU DEVIS
	<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
	H 25533412 21433552 D 00000000 00000000 G 00000000 00000000 B 35533411 11433553
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Fait à EL JADIDA, le :23/08/2023

Facture N° A-005-2023

NOM ET PRENOM DU BÉNÉFICIAIRE : NASR MOUNA

CIN : BE709109

N° IMMATRICULATION :

Désignation	Quantité	Prix
DIALYSE	4	850,00
Total Facture :		3 400,00 DHS

ARRETE LA PRÉSENTE FACTURE A LA SOMME DE: TROIS MILLE QUATRE CENT DIRHAMS

Centre Hémodialyse Californie
Dr Soumia TAIEB - Néphrologue
Tel: 05 23 80 33 26 / INPE : 091265942



Le 25-08-2023

Certificat Médical

Nous

soussignés

et certifions

que Mme

Nassma

Berna

CIN BE 709 109

me soit par sa qualité deux soins à l'Hôpital

début : 08/08/2023.
16/08/2023
18/08/2023.
21/08/2023
23/08/2023.

concernant le Service
Hémodialyse à l'Hôpital
CHEIKH KHALIFA
IBN ZAID -
CASABLANCA