

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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

| | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | |
| Matricule : 3148 | Société : 183760 | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : |
| Nom & Prénom : BOU NAIM | | |
| Date de naissance : 21/10/54 | | |
| Adresse : 4 Rue TUR GOT, Racine CASA | | |
| Tél. : 0661 853397 | | |
| Total des frais engagés : | | |
| Cadre réservé au Médecin | | |
| Cachet du médecin : | | |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Dr. N. BOUSFI <small>MEDECIN ADDICTOLOGUE</small> <small>CASABLANCA</small> </div> | | |
| Date de consultation : 20/11/23 | | |
| Nom et prénom du malade : | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfan | | |
| Lien de parenté : | | |
| Nature de la maladie : Thyroidectomie + HTA | | |
| 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'adjudicataire. | | |
| 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 : 21/11/23 CMA | | |
| Le : / / | | |





RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature attestant le Paiement |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 21/01/2023 | C | 1 | 0.0000 | INP : 11111 Dr. N. BOU MEDECIN ADDICT CASABLANCA |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  PHARMACIE EL MAKHNAZ 5, Place Oued El Makina El 3 Rois (at - Place de Verdun) 0522.21.30.10 - Casablanca | 25/10/13 | 818.80 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

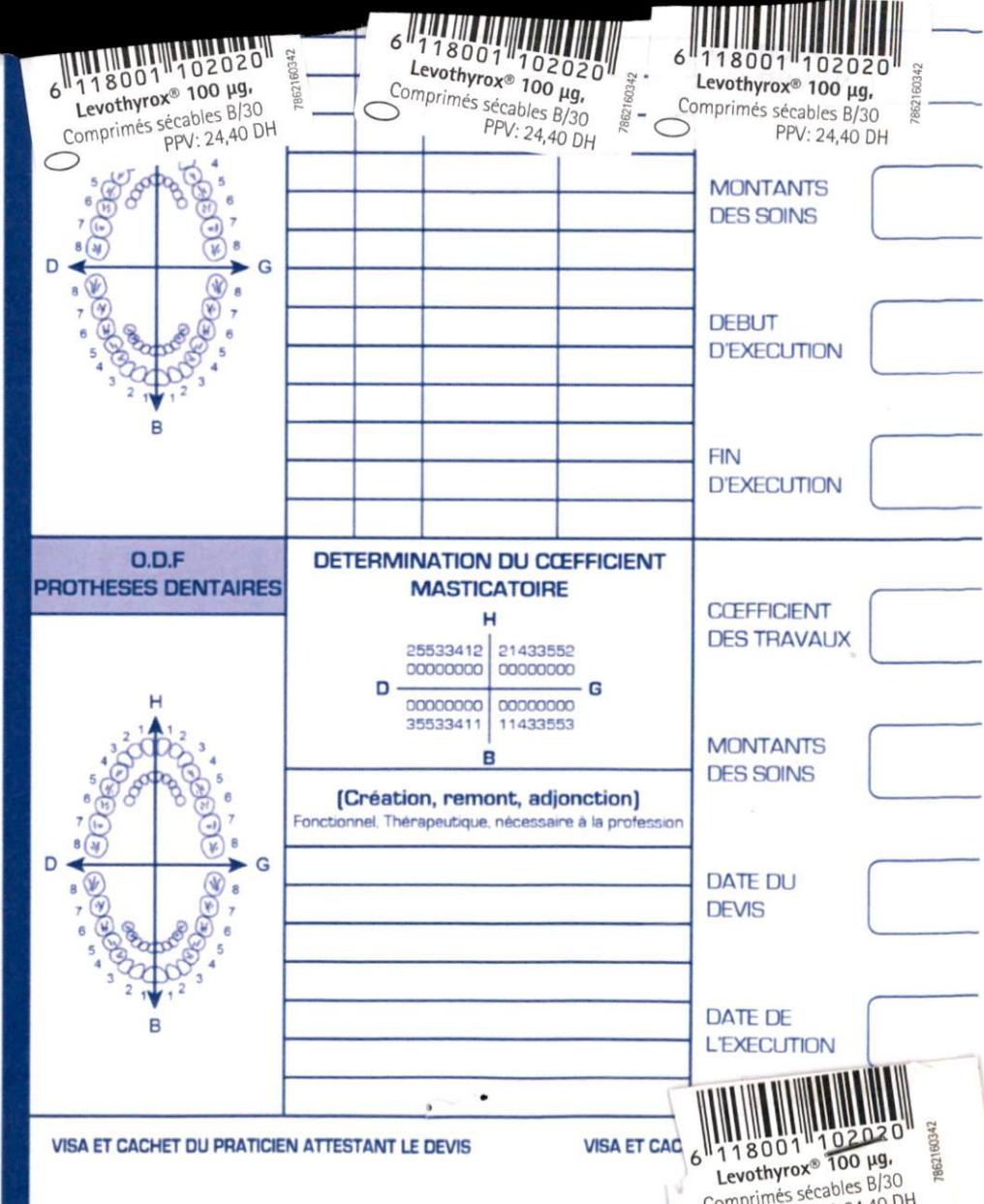
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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.





Casablanca, le : 8/11/23

ORDONNANCE

Docteur :

9^e BOUNAIN ABDELILAH

97.60



2440 + 4

- Lesthegut 100 . N° 4 .

721.20 1 (A's) 0 - 0 7030 + 4
- TAREG 160 . N° 4 .

818.80 1 - 0 - 0

Dr. N. BOUSFIHA
MEDECIN ADDICTOLOGUE
CASABLANCA

PHARMACIE D'ANFA
LA FILLE DU NABIL KHALID
75, Place Oued El-Makhazine
des 3 Rois (ex. Place de Verdun)
Tél.: 0522.27.38.49 - Casablanca