

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)
Matricule : 8986

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MACHTOUR Hicham - Amine

Date de naissance : 22/02/1970

Adresse : SETTAT BP 2495

Imlala 2 n°8 N°1 CNSA

Tél. : 0661445181 Total des frais engagés : 200,00 DHS

Cadre réservé au Médecin

Dr. DAOUDI El Mostafa
Orthopédiste Traumatologue
Clinique Les Oliviers
INPE - 01/21987

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/01/2024

Nom et prénom du malade : M. A. J. B. mazigh Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Hernie a basculee

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

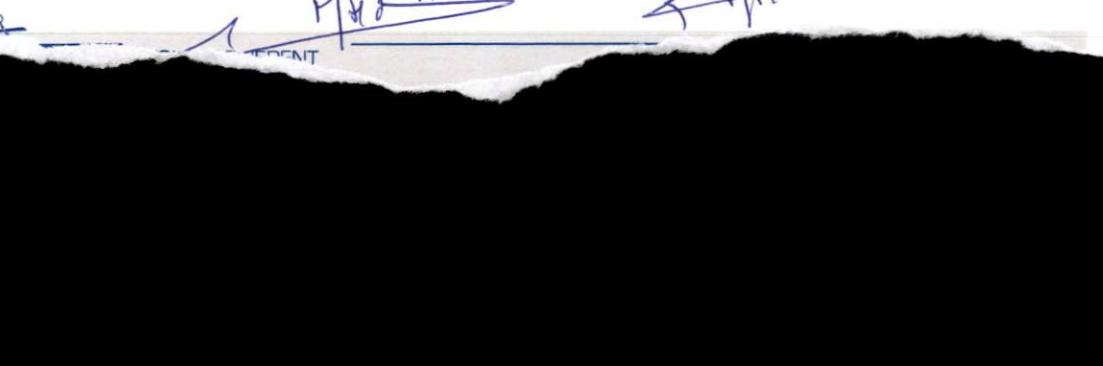
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 14/02/2024

Signature de l'adhérent(e) : 14/02/2024



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	<i>ICE</i> 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	

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan à l'ODF.

CLINIQUE LES OLIVIERS

N° 103 , QUARTIER LAGNANET
TEL : 05.23.40.20.40/41/61 FAX : 05.23.40.20.60

F A C T U R E

N° **1.298** / 2024 du **25/01/2024**

Nom patient	NAJIB FOUZIA	Entrée	Sortie
Prise en charge	PAYANT	25/01/2024	25/01/2024

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
FRAIS CLINIQUE	1,00		50,00	50,00
			Sous-Total	50,00
Total Frais Clinique				
<i>PRESTATIONS EXTERNES</i>				
DR. DAOUDI (traumatologue)	1,00		150,00	150,00
			Sous-Total	150,00
Total prestations externes				

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> DEUX CENTS DIRHAMS	Total général	200,00
---	----------------------	---------------

	Espèces				Total encaissé	Solde
Encaissements	200,00				200,00	0,00

CLINIQUE LES OLIVIERS
 Service des Consultations
 INPE: 060061942
 ICE: 001665330000052