

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.

N° W19-575129

NID : 52633

Optique

A

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12565

Société : RAI / PNT

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHAACHOU

BADR

Date de naissance : 10/11/87

Adresse : 11 Rte MERKA, RES PORTE CALIFORNIE

INM SALAH

06.61.10.36.28

Total des frais engagés : 350 DHS

Cadre réservé au Médecin

Dr. Mohamed ARIH

Professeur Agrégé

Chirurgie Pédiatrique

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

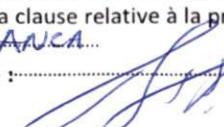
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'até médecin conseil de la Mutuelle.

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 : CASABLANCA

Le : 22/12/20

Signature de l'adhérent(e) :



Dr. Mohamed ARIH
Professeur Agrégé
Chirurgie Pédiatrique
13 DEC 2020
ACCUEIL
Dr. Mohamed ARIH
Sur ordre du patient

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
26/11/2020		26/11/2020	3500	Dr. Mohamed ACHOUR Professeur d'Angéi Chirurgie Pédiatrique FAX: 03 88 22 40 00

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

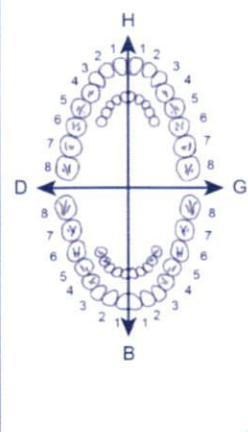
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

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

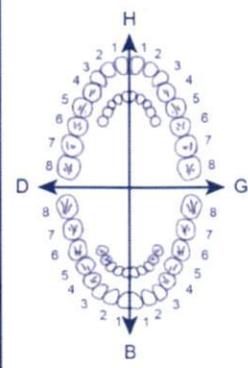
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

Clinique Pédiatrique Ajial

Casablanca Le : 26/11/2020

Pré-Facture N° 65877

Etablie par ZINEB ADMISSION Page 1/1

Identification

N° Dossier : X0K2614492

N° Identifiant : 20097641/20

Nom & Prénom : CHAACHOU LEIA

C.I.N. : KJP

Date Début : 26/11/2020

Date Fin : 26/11/2020

Adresse : CASA

Traitements : Consultation

Médecin : ARIHI MOHAMED

Prestations

Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
-----	---------	------	------	---------

MEDICAL

Frais clinique	1	100,00		100,00
				Total Rubrique : 100,00

PARTIE CLINIQUE :

100,00

HONORAIRES MEDICAUX

Pr. ARIHI MOHAMED (CHIRURGIEN PEDIATRIE)	1	250,00		250,00
				Total Rubrique : 250,00

PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES:

250,00

TOTAL FACTURE	350,00
----------------------	---------------

Arrêtée la présente Pré-Facture à la somme de :

Trois cent cinquante Dirhams

Cachet et signature

