

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ▪ 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.

N° W19-506717

ND=17765

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	PTA4	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : FAOUZI NASR-EPPINE			
Date de naissance : 26/08/1958			
Adresse : 10 RUE PINAL, ZONE 85, RCE ALI, APPN:03			
Tél. : 0674098956	Total des frais engagés : Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
<p>Cachet du médecin :</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Dr. DRiss CHEMID NAOUDI 15, Bvd Ain Tablitate, Résidence Bahia, 1000, APPT 7 CR N°00205349000084 - IF 14467605 Tél : 05 22 20 10 55 </div>			
Date de consultation :	03 / 01 / 2010	Age :	14 ans
Nom et prénom du malade :		Faouzi Ramia	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Infection de la glande lacrymale			
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 : 20/01/2010

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
03/01/2010	visite	1	12000 DT	INP : 0911870163 Dr Abderrahim Boussetta SASAE LANSA T/Fax: 0522335000

EXECUTION DES ORDONNANCES

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	

RELEVÉ 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 de l'ODDF.

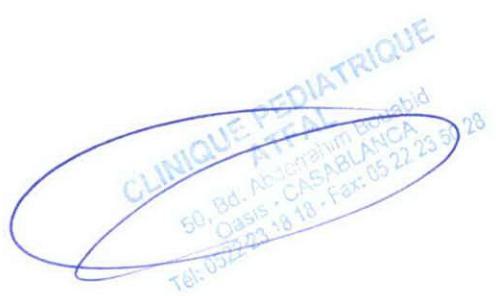
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ANNEXE PHARMACIE

PAYANT

Nom patient : FAOUZI RANIA	N° Facture	44	U20A031102
Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
BANDE PROT 15CM (001)	1	50,00	50,00
JERSEY 3 CMX25M (001)	1	50,00	50,00
SCOTCHCAST 10 BLEU (001)	1	150,00	150,00
SCOTCHCAST 12BLEU (001)	1	150,00	150,00
Total pharmacie			400,00



CLINIQUE ATFAL

50 Bd Abderrahim BOUABID OASIS
Tél. 022 23 18 18 Fax : .022 23 50 28
IF 01087099

F A C T U R E

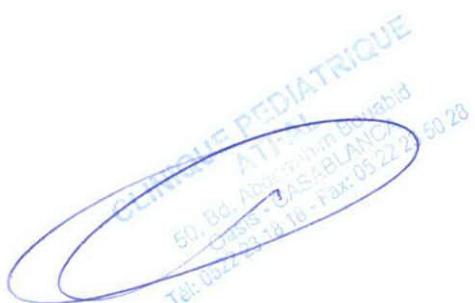
N° : **44 / 2020** du **03/01/2020**

Nom patient **FAOUZI RANIA** Entrée **03/01/2020**
PAYANT Sortie **03/01/2020**

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FRAIS DE SALLE	1,00		200,00	200,00
			<i>Sous-Total</i>	200,00
PHARMACIE	1,00		400,00	400,00
			<i>Sous-Total</i>	400,00
Total Clinique				600,00
DR. CHBIHI WAHOUDI DR (chirurgien pedia)	1,00	K20	600,00	600,00
			<i>Sous-Total</i>	600,00
Total Autres prestations				600,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE DEUX CENTS DIRHAMS	Total	1 200,00



Le : 03/01/2020

Références

44 / 200103101043010016
PAYANT

Entrée / Sortie : 03/01/2020 - 03/01/2020

Le Dr. CHBIHI WAHOUDI DRISS

présente à . FAOUZI RANIA

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
600,00 Dhs

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués

Dr. DRISS L'15 AVENUE EL NABIA APART 7
Résidence Sanaa El Nabi Tel: 0521 20 10 35
(CE N°00203549000066 IF: 14437605)

Cachet et signature