

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJET

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 du 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.



Tumore du foie

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'adhérent 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 :

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 Pajement des Actes
	Echo e-dos stop e	500		INP : 1611002149 Signature : Dr. Hassan. RIAHI

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	22/03/21	*	3500.-

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan d

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX



Service Admission/Facturation

Quittance n°

IPP : 1 546 409 N° de dossier : A212963374

2.370.280
DI : 2 694 229

Patient : CHIADMI MEKKI

Montant : 3 500,00 Dh (trois mille cinq cents et xx / 100)

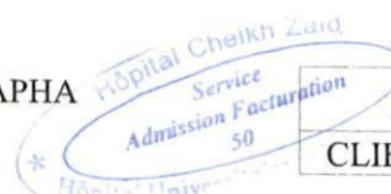
Mode de paiement : CARTE BANCAIRE N° du document : 0009

Date d'encaissement : 27/03/2021

Description : ECHO ENDOSCOPIE

Medecin : E0209 BENAZZOUZ MUSTAPHA

Motif : HOPITAL DE JOUR



Assurance
CLIENTS PAYANTS

Paiement effectué à la URGENCE CAISSE

Le reliquat éventuel sur les avances est restitué du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00 et le samedi de 8h30 à 12h00.

Cachet du caissier :

N° 1736291



N° DE FACTURE	: 2021/P/38142	MODALITE DE PAIEMENT	: CLIENTS PAYANTS
IPPP	: 1546409	DATE ENTREE	: 27/03/2021
N ° DOSSIER	: A212963374	DATE SORTIE	: 27/03/2021
NOM & PRENOM	: CHIADMI MEKKI	DATE FACTURATION	: 27/03/2021

FACTURE

	DESIGNATION DES PRESTATIONS	PRIX UNITAIRE	NOMBRE	MONTANT DH
ACTES				
	ECHO ENDOSCOPIE (AVEC ANESTHESIE)	3 500,00	1,00	3 500,00
TOTAL ACTES : 3 500,00				



Arrêtée la présente facture à la somme de trois mille cinq cents et xx / 100

TOTAL FACTURE	3 500,00
TOTAL ENCAISSEMENT	13 500,00
SOLDE	-10 000,00

Les montants affichés sur cette facture sont en MAD

Page 1 sur 2



LISTING DES PRESTATIONS

N° DE FACTURE	:	2021/P/38142	MODALITE DE PAIEMENT	:	CLIENTS PAYANTS
IPP	:	1546409	DATE ENTREE	:	27/03/2021
N ° DOSSIER	:	A212963374	DATE SORTIE	:	27/03/2021
NOM & PRENOM	:	CHIADMI MEKKI	DATE FACTURATION	:	27/03/2021

DESIGNATION DES PRESTATIONS		PRIX UNITAIRE	NOMBRE	MONTANT DH
ACTES				
ECHO ENDOSCOPIE (AVEC ANESTHESIE)		3 500,00	1,00	3 500,00
TOTAL ACTES : 3 500,00				
Honoraires Medecins				
ANESTHESISTE (F&A)				
ECHO ENDOSCOPIE (AVEC ANESTHESIE)		500,00	1,00	500,00
TOTAL ANESTHESISTE (F&A) : 500,00				
BENAZZOUZ MUSTAPHA				
ECHO ENDOSCOPIE (AVEC ANESTHESIE)		1 200,00	1,00	1 200,00
TOTAL BENAZZOUZ MUSTAPHA : 1 200,00				
TOTAL Honoraires : 1 700,00				
Arrêtée la présente facture à la somme de trois mille cinq cents et xx / 100		Total général :		3 500,00
Total encaissement :	13 500,00	Solde		-10 000,00

Les montants affichés sur cette facture sont en MAD

