

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.

Biologie 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.

Education :

- 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.

Prothésaire :

- 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

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

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

Déclaration de Maladie

N° M20- 0009487

26/03
Con Dossier
Hosp
sante

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 03097 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

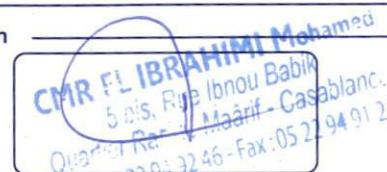
Nom & Prénom : HAIDA DRISS

Date de naissance : 01/07/1951

Adresse : LOT WAFAA ANY NR 785 DEROUA BERRCHID

Tél. : 06 77 43 7842 Total des frais engagés : 3 300,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/06/21

Nom et prénom du malade : Dr HAIDA DRISS Age: 68

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : affection cardiaque

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 01/07/2021

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 : 18/06/21

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
18/6/21	U		5	

CMR EL IBRAHIMI Mohamed
5 bis, Rue Ibnou Babik
Quartier Racine Maârif - Casablanca
tel: 05 22 94 92 45 - Fax: 05 22 94 91 23

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	
Leucothéée SA 64, Rue Norman Angle Rue Abou Mousa 2ème Etage Casablanca - Tél: 05 22 94 92 45 RC : 137201 - IF : 110260	18/6/21	1	1	1	1	3300.00
	18/6/21	U mi				

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
<img alt="Diagram of the dental arch showing numbered teeth from 1 to 8 on both upper and lower arches. Labels H, G,				

M. HAIDA DRISS
Né le : 01/01/1951
CLC21F15151516

Casablanca, le

18.6.24

نے HAIDA DRISS

- نکاح زیر القلم شد
نے HAIDA DRISS
- احمد بن محمد بن
نے

Mr EL IBRAHIMI Mohamed
5 bis, Rue Ibnou Battik
Quartier Racine Maârif - Casablanca
Tél.: 05 22 94 92 46 - Fax: 05 22 94 91 23

Leucothée SARL
64, Rue Normandie
Angle Rue Bou Moussa - El Jazouli
2ème Etage Casablanca - Tél.: 05 22 22 60 00
RC : 137201 - IF : 1102001

FACTURE N°: 5606/2021

ICE: 000028045000064

Date début : 18/06/2021

Date fin : 18/07/2021

Mr HAIDA DRISS
CASABLANCA

Désignation	Quantité	Prix unitaire	Prix total TTC
Ventillation non Invasive	1	1 400,00	1 400,00
Masque pour ventilation	1	1 900,00	1 900,00
TOTAL			3 300,00

Total à payer **3 300,00**

Arrêtée la présente facture à la somme de: **Trois mille Trois cent dirhams**

Leucothée SARL
64, Rue Normandie
Angle Rue Abou Moussa Jazouli
2ème Etage Casablanca Tel: 0522 22 80 70
RC : 137201 - IF : 1102001