

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.

Maladie

Dentaire

Optique *80 894* Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *1146*

Société : *RAM*

Actif

Pensionné(e)

Autre : *RETRAITE*

Nom & Prénom : *OUHMI MOA*

Date de naissance : *1946*

Adresse :

Tél. : *06 11 89 27 51*

Total des frais engagés : *30*

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : *Cs pré Amc illes que*

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

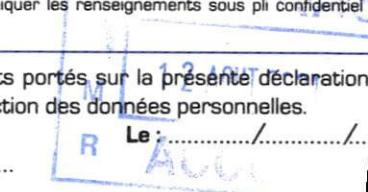
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration, avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) : *Be*

12 AOUT 2021
M R Le / /



CLINIQUE MEDICO-CHIRURGICALE LONGCHAMPS



090063264

CASABLANCA Le : 28-06-2021

Facture N° 03515/21

A. Identification

N° Dossier : CLC21F28122809

N° Identifiant : 008210/21

Nom & Prénom : M. OUHMI MOHA

C.I.N : B59029

Adresse : BERCHID

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 28-06-2021

Date Sortie : 28-06-2021

Médecin traitant : DR . KAIY BOUCHAIB

Traitements :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
	PARTIE CLINIQUE :					0,00
	HONORAIRES ANESTHESISTES					
1	DR. KAIY BOUCHAIB (ANESTHESIE-REANIMATION)		300,00			300,00
					Total Rubrique :	300,00
						300,00
	PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :					
					TOTAL GENERAL	300,00

Arrêté la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

Cachet et Signature

CLINIQUE MEDICO
CHIRURGICALE LONGCHAMPS
Bd. Ghandi - Casablanca
Tél. : 05 22 04 07 07 Fax : 05 22 94 89 39