

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autre
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 10214		Société : LAM RETRAITÉ	
<input type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e)		<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : SOUNI MOHAMED			
Date de naissance : 01.01.1941			
Adresse : 1AAY EL HANA RUE IFN=25 CASAB			
Tél. 06016474950		Total des frais engagés : #800NH #	
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 23.08.2021			
Nom et prénom du malade : HMANI EL AYADIA Age:			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
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'attention médecin conseil de la Mutuelle.			
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je décl 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 Paiement des Actes
23/08/2021	Consultation +		500 DH	DR. MOUSSA 10822021 Centre de CHIRURGIE DENTAIRE Tel: 05238521040
08/08/2021	Hospitalisation			
28/08/2021	du jour			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

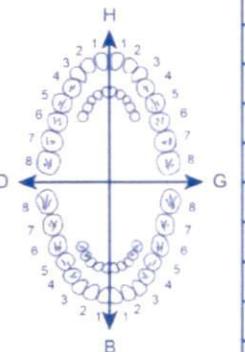
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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.

 <p style="text-align: center;">O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p>	<p style="text-align: center;">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			<p style="text-align: center;">COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p style="text-align: center;">MONTANTS DES SOINS</p> <p style="text-align: center;">DEBUT D'EXECUTION</p> <p style="text-align: center;">FIN D'EXECUTION</p> <p style="text-align: center;">COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p style="text-align: center;">MONTANTS DES SOINS</p> <p style="text-align: center;">DATE DU DEVIS</p> <p style="text-align: center;">DATE DE L'EXECUTION</p>
H	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
D	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
B																	
<p style="text-align: center;">VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p>	<p style="text-align: center;">VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p>																

CLINIQUE CHIFA GUARAZAZATE

Centre médico-chirurgical

Lotissement du centre

Tél. : 0524-88-52-76 Fax : 0524-88-55-40

Email : clinique_chifa_ouarzazate@hotmail.fr

OUARAZAZATE



0480002594
ICE : 001836400000011

ATTESTATION D'HONORAIRES

Je Soussigné, Certifie a voir réalisé

Consultation + Hospitalisation du j...m

Chez M. H. MANI Elayadi

Agé(e) de habitant Marocain

Les honoraires ont été de 500 DH

Cinq cent dirhams

Attestation délivrée pour faire valoir ce que de droit

Signé :

Ouarzazate le : 23/8/2011

Clinique Chifa Ouarzazate
Docteur K. ELIR Lahcen
Centre médico-chirurgical
Tél. : 0524 66 52 76
Fax : 0524 88 55 40