

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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

Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)	Société :	
Matricule : <i>86416</i>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <i>Hamiddine Lahcen</i>		
Date de naissance : <i>25/05/71</i>		
Adresse : <i>App 221 Residence Riad El amaria Hay cherifa Ain chock Casablanca</i>		
Tél. : <i>0659 791684</i>	Total des frais engagés :	<i>470,00</i>

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *14/04/2022*

Nom et prénom du malade : *Hamiddine Bayane* Age: *46*

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *Obstruction*

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 déc...
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : *Casablanca* Le : *14/04/2022*

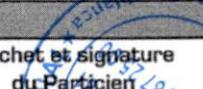
Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

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
14/10/2012	Classe 250			INP : 0900683R14.

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	
	104/12/22	IM	IM	+ ph.	100 + 20

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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'OT																		
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
			INP : <input type="text"/>															
			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
			DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>															
			FIN D'EXECUTION <input type="text"/>															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><hr/></td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	<hr/>			G	00000000	00000000	B	35533411	11433553
	H	25533412	21433552															
	D	00000000	00000000															
	<hr/>																	
	G	00000000	00000000															
	B	35533411	11433553															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

أجيال AJIAL



مصحة الطفل والرضيع
CLINIQUE PEDIATRIQUE



Casablanca, le : 14/10/2011

(clowns
+ surprise) { HI }



DR. KETTANI Kawtar
Pédiatre
Bd Abou Bakr El Kadir, Ben Ahfad
Tél : 05 22 58 41 99

Clinique Pédiatrique Ajial

Casablanca Le : 14/04/2022

Pré-Facture N° 97387		Etablie par NADIA RECEPTION		Page	1/1
Identification					
N° Dossier : X2D146395	MUPRASI	N° Identifiant :	22043752/22		
Nom & Prénom : HAMIDDINE BAYANE					
C.I.N. : SCN	Date Début : 14/04/2022	Date Fin : 14/04/2022			
Adresse :					
Traitemet :	Médecin : KETTANI KAWTAR				
Prestations	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
MEDICAL					
Frais clinique	1	100,00			100,00
Injection intramusculaire	1	100,00			100,00
		Total Rubrique :			200,00
PHARMACIE					
Pharmacie	1	20,00			20,00
		Total Rubrique :			20,00
PARTIE CLINIQUE :					220,00
HONORAIRES MEDICAUX					
Dr. KETTANI KAWTAR (PEDIATRE)	1	250,00			250,00
		Total Rubrique :			250,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES:					250,00
		TOTAL FACTURE			470,00

Arrêtée la présente Pré-Facture à la somme de :

Quatre cent soixante dix Dirhams

