

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

M22- 0007051

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2M23 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre : 23986
 Nom & Prénom : KADDOUSSA KADDOUSSA
 Date de naissance : 27/10/1953
 Adresse : 127 RUE ALLAL BEN ABDELLAH 6ème étage
 Tél. : 0663355119 Total des frais engagés : 350.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Docteur AHMED KORÉN
CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE TRAUMATOLOGUE
Membre de la Société Française et Internationale
de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
NB. Bd. Zerkaouni 1er Etage - CASABLANCA
Tel. : 22.14.43 / 22.11.64
Date : 17.09.93
 Nom et prénom du malade : Kaddouss KADDOUSSA Age : 1953
 Lien de parenté : Soi-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Saturn avec surdité de jambes DR
 Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :
 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 déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA

Le : 20/11/12

Signature de l'adhérent(e) :


MUPRAS

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
18/01/82	CS		#350 +	Voir Facture MAJOLIC INTERNATIONALE PARIS

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date Membre de la Société de Chirurgie Orthopédique et Internationale 12, Bd. Zerkani 75001 Paris	Montant de la Facture 12.14.45
--	--	-----------------------------------

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

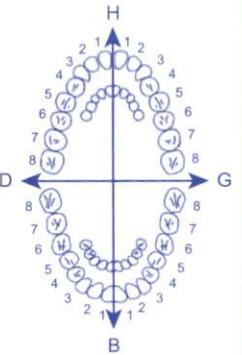
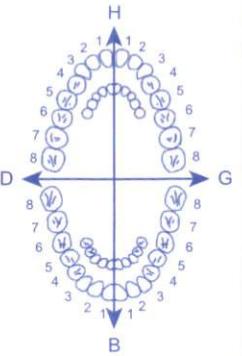
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H	25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553	G	
	B			
(Création, remont, adjonction)	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
DATE DU DEVIS				DATE DE L'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

F A C T U R E

N° : 22000147 Du : 12/10/2022

Patient : KADDAM MALIKA

Prise en charge : PAYANT Admission : 12/10/2022

N° Dossier : 22000183 Sortie : 12/10/2022

Désignations des prestations	Nombre	Lettre clé	Prix unitaire	Prix total
CONSULTATION				350.00
			Sous-Total	350.00
			Total clinique	350.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :			Total brut :	350.00
Trois cent cinquante dirhams			Remise :	0.00
			Total net :	350.00

HOPITAL PRIVE INTERNATIONAL
DE CASABLANCA (HPIC)
Angle Bd Bir Anzarane et Abou Ishak Shirazi
et Rue Ben Jilali, Quartier Maârif - Casablanca
ICE : 002924279000042
IF 50575193 - RC:109051