

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

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **1289** Société : **R.A.M.**

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **BATRAS FATNA VENCAZENKOUD eman.**

Date de naissance : **25/3/1960**

Adresse : **LOT EX Koutouma EH N° 84 case 167475**

Tél. : **0649.118936** Total des frais engagés : **0** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **13/06/2023**

Nom et prénom du malade : **BNIDE HTA** Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **BNIDE HTA**

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

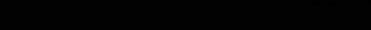
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

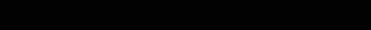
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

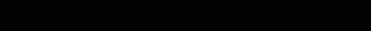
Fait à : **Le 13/06/2023**

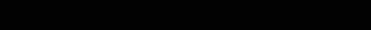
Signature de l'adhérent(e) : **BNIDE HTA**

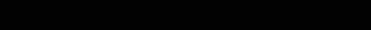


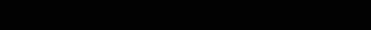


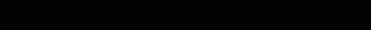


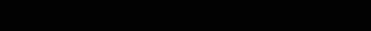


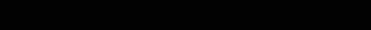


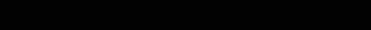


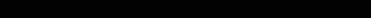












<img alt="MUPRAS Logo" data

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
13062023	C	150 DH		<i>Docteur Fouad El Ghedid Général</i> 27560 Bouchaïb - Casablanca 62244232

EXECUTION DES ORDONNANCES

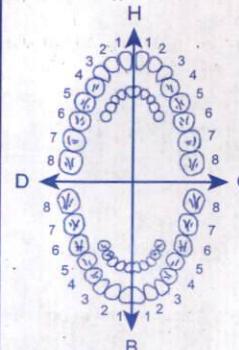
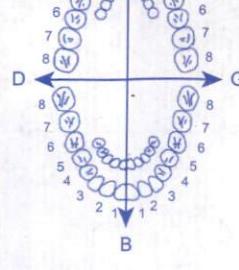
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
234 E Nadia Gouliouli - Casablanca	13.06.2023	894,40
Groupes Addoha Oumia - Casablanca		
Gsm: 0667075023		

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	

			
DEBUT D'EXECUTION <i>298,00</i>		FIN D'EXECUTION <i>907,00</i>	
COEFFICIENT DES TRAVAUX <i>20,80</i>		MONTANT DES SOINS <i>208,00</i>	
COEFFICIENT DES TRAVAUX <i>20,80</i>		MONTANT DES SOINS <i>208,00</i>	
COEFFICIENT DES TRAVAUX <i>20,80</i>		MONTANTS DES SOINS <i>208,00</i>	
DATE DU DEVIS <i>2023-06-13</i>		DATE DE L'EXECUTION <i>2023-06-13</i>	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION			



Casablanca : 18.06.2023 الدار البيضاء في:

Y ~~ESTRAS~~ father

20,80x3

• Gliwice 580 km

103

- 208,00 x 4

• Coverage

76180

894.40

PHARMACIE LES PARENTS

Nadia GOURANI
234 E Lotissement Zoubéir
Groupe Addohra Oulfa - Casablanca
Gsm: 0667 07 50 25

294

docteur Houda BITTAF
Médecine Générale
375 boulevard de Gaulle 92100 Nanterre
téléphone 01 46 22 12 23