

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.

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *571+9*

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

DOUNAS

RACHID

Date de naissance :

01/01/1956

Adresse :

*9 RUE DE CHEVREUSE OASIS
CASABLANCA*

Tél. :

0662.051873

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Docteur JETTOU Fouad

Spécialiste en chirurgie générale
48, Rue Socrate Maârif - Casablanca
Tél : 05 22 25 08 45
INPF 091017756

Cachet du médecin :

Date de consultation :

18/05/23

Nom et prénom du malade :

DOUNAS - RACHID

MUPRAS
18 AOUT 2023
ACCUEIL

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Hyper tension (HTA)

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'adhérent conseil de la Mutuelle.

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

Fait à :

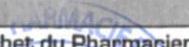
CASABLANCA

Le : *24/10/23*

Signature de l'adhérent(e) :

Fouad

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

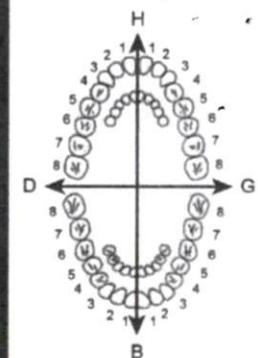
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 HABACH Kamal Plomé de l'hygiène 092028877	18/05/83	7 M, 00

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

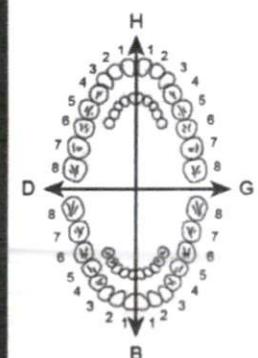
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	G
25533412	21433552
00000000	00000000
-----	-----
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

10

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Dr JETTOU Fouad

Spécialiste en chirurgie générale

Ancien chirurgien des hôpitaux

Ancien directeur de l'hôpital My Youssef

Casablanca



د. جاد فؤاد

أخصائي في الجراحة العامة

جراح سابق بالمستشفيات

مدير سابق بمستشفى مولاي يوسف

الدار البيضاء

Certificat Médical

le 18/05/2023

DOUNAS - RABAT 11

23700

COUVERTURE

5 mg / 10 mg

23700 X 3

10/15 ml soit Trois Ml's

5

(386)

23700

23700

711.00



092028877

Dr JETTOU Fouad
Spécialiste en chirurgie générale
48, Rue Socrate Maarif Casablanca
Tél: 05 22 25 08 45
NPE: 091017756