

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 : 6395

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HOURADI MOHAMMED

Date de naissance :

07/02/1965

Adresse :

Cité Ouled Ziane Imm J N°9 Aïn Boga Casa

Tél. :

068173978 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

13.10.9.23 HOURADI Med

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Tumour F.C.P

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 : Casa

Le : 13.10.9.23

Signature de l'adhérent(e) :

M. Houradi

9

-

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
13/09/23	visite infarcte		100,00	
14/09/23	visite infarcte		100,00	
15/09/23	visite infarcte		100,00	
16/09/23	visite infarcte		100,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

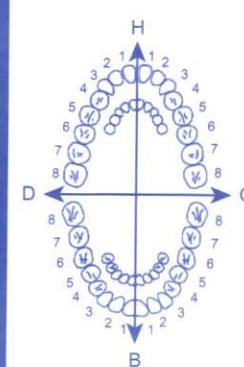
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	0
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca Le : 13/09/2023

Facture N° 9298/23

Etablie par HAJAR RECEPTION Page 1/1

Identification

N° Dossier : X3I137111

N° Identifiant : 23096391/23

Nom & Prénom : HOURADI MOHAMMED

C.I.N. : BH28048

Date Début : 13/09/2023

Date Fin : 13/09/2023

Adresse : HAY OULED ZIANE IMM 1 ETAGE 2 NO 9 AIN SEBAA

CASA

Traitemet : Consultation

Médecin : BOUZOUBAA YOUSSEF

Prestations

Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
-----	---------	------	------	---------

SEJOUR

Frais clinique	1	100,00	injection	100,00
Total Rubrique :				100,00

PARTIE CLINIQUE :

Encaissement :	TOTAL FACTURE	100,00
----------------	----------------------	---------------

Espèce :	Chèque :	Solde :
----------	----------	---------

100,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Cent Dirhams

Cachet et signature



Casablanca Le : 14/09/2023

Facture N° 9354/23

Etablie par FATIHA ACCEUIL Page 1/1

Identification

N° Dossier : X3I147154

N° Identifiant : 23096391/23

Nom & Prénom : HOURADI MOHAMMED

C.I.NBH28048

Date Début :

14/09/2023

Date 14/09/2023

Adresse : HAY OULED ZIANE IMM 1 ETAGE 2 NO 9 AIN SEBAA

CASA

Traitemet : Consultation

Médecin : BOUZOUBAA YOUSSEF

Prestations

Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
-----	---------	------	------	---------

SEJOUR

Frais clinique

1	100,00			100,00
---	--------	--	--	--------

Total Rubrique : 100,00

PARTIE CLINIQUE :

Encaissement :

TOTAL FACTURE			100,00
----------------------	--	--	---------------

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Cent Dirhams

Cachet et signature



Casablanca Le : 15/09/2023

Facture N° 9402/23

Etablie par ZAINAB CH Page 1/1

Identification

N° Dossier : X3I157188

N° Identifiant : 23096391/23

Nom & Prénom : HOURADI MOHAMMED

C.I.NBH28048

Date Début :

15/09/2023

Date 15/09/2023

Adresse : HAY OULED ZIANE IMM 1 ETAGE 2 NO 9 AIN SEBAA

CASA

Traitement : Consultation

Médecin : BOUZOUBAA YOUSSEF

Prestations	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
-------------	-----	---------	------	------	---------

SEJOUR

Frais clinique	1	100,00			100,00
					Total Rubrique : 100,00
PARTIE CLINIQUE :					
Encaissement :					TOTAL FACTURE 100,00
Espèce :	Chèque :	Solde :			
100,00					

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Cent Dirhams

Cachet et signature



Casablanca Le : 16/09/2023

Facture N° 9447/23

Etablie par ZAINAB CH Page 1/1

Identification

N° Dossier : X3I167229

N° Identifiant : 23096391/23

Nom & Prénom : HOURADI MOHAMMED

C.I.NBH28048

Date Début :

16/09/2023

Date 16/09/2023

Adresse : HAY OULED ZIANE IMM 1 ETAGE 2 NO 9 AIN SEBAA

CASA

TraITEMENT : Consultation

Médecin : BOUZOUBAA YOUSSEF

Prestations

Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
-----	---------	------	------	---------

SEJOUR

Frais clinique	1	100,00		100,00
Total Rubrique :				100,00

PARTIE CLINIQUE :

Encaissement :	TOTAL FACTURE	100,00
Espèce : 100,00	Chèque :	Solde :

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Cent Dirhams

Cachet et signature

