

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 :

72 750

Société :

R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ELWATTAH Amine

Ayoub

Date de naissance :

04/08/1986

Adresse :

8, Rue Rayane, lot AL Madania, Bencheb

Tél. :

06 62 77 98 40

Total des frais engagés :

3 74, 70

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr ISSAAD Samia
Gastro-Enterologie / Proctologie
Ang Bd Oqba Benou Nafis et la Grande Ceinture
Imme El Dorado Appt N°15 Casablanca
Tel : 0522 62 98 09

Date de consultation :

14/10/2023

Nom et prénom du malade :

ELWATTAH Amine

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection respiratoire

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 : 24/11/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT



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
14/10/23 CS			<i>Gratuite</i>	INP : 091995169 Dr Abdellatif Samaïa Gastro-Enterologie / Proctologie 46 Bd Ouhda Brou Nafsi et la Grande Ceinture El Dorado Appt N°15 Casablanca Tel : 0522 62 98 09

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie 49 Quartier Berrechid 54000 Tel:05 20 52 54 47 INPE: 002084447</i>	14/10/23	314,70

ANALYSES - RADIographies			
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	

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.																						
<p>SOINS DENTAIRES</p>				INP : <input type="text"/>																		
				Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient															
Coefficient des travaux <input type="text"/>																						
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																						
DÉBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>																						
FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>																						
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES																						
<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border-bottom: 1px solid black;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">11433553</td> </tr> </table>					H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	<hr/>			B	00000000	00000000	<hr/>			G	35533411	11433553
H	25533412	21433552																				
D	00000000	00000000																				
<hr/>																						
B	00000000	00000000																				
<hr/>																						
G	35533411	11433553																				
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																						
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																						
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																						
DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>																						
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																						
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																						

31/10

DR ISSAAD Samia
Ang Bd Qgde Bnou Ntl et la Grande Legende
Gastco-Energie Protocole
Tél : 0522 62 98 09
1mm ETDoradu APP N°15 Casablanca

1) Agri 500 kg pH 3
2) Cloftec 1 kg pH 5
3) Serech de 185 kg pH 2
4) Dophone 1000 kg pH 2
5) Ibenaffec 1 kg pH 2
6) Agri 500 kg pH 3

7) ELDWATTAH ANTIVE
ie.....
14/10/2022

ORDONNANCE

