

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.

M22- 0042477

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 851 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : G. HERRAS Abdelynjid

Date de naissance : 11-5-51

Adresse : Habituell

Tél. : 0615804322 Total des frais engagés : 510.0H Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/12/2012

Nom et prénom du malade : GHERRAS Abdelynjid Age : 72

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 : 15/01/2014

Signature de l'adhérent(e) :

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
13-12-2023				

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 Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
KIT MED SLAOUI ET CIE 33 Rue Labran Al Arjouna Quartier des Hôpitaux - Casablanca Tél: 06 22 86 84 81 - 05 22 86 03 86 Fax: 05 22 80 04 16 C7	13/12/2003					510.00

RELEVÉ 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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVISÉ

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Mr GHERRAS. ABDELMJED

- 10 Poche coloplaste.

~~KIT MED SLAOUI ET CIE~~

~~33, Rue Lebna Al Arjeune~~

~~Quartier des Hôpitaux - Casablanca~~

~~Tél: 06 22 86 04 91 - 05 22 86 03 66~~

~~Fax: 05 22 80 04 16 C7~~

~~400,00~~

~~POLYCLINIQUE ATLAS~~_{ANFA}

~~3 coloplaste mi e.~~

~~KIT MED SLAOUI ET CIE~~

~~33, Rue Lebna Al Arjeune~~

~~Quartier des Hôpitaux - Casablanca~~

~~Tél: 06 22 86 04 91 - 05 22 86 03 66~~

~~Fax: 05 22 80 04 16 C7~~

~~60,00~~

~~DR. RADHIAMINE~~

~~Poly clinique ATLAS~~

~~Dr Chirurgie ATLAS~~

~~Tél: 0522 27 94 94~~

~~INPE: 051168530~~



Nº 0077232

Client : GHERRAS
Abdelmjid

AU COMPTANT:

Casablanca, le : 15/12/2023

33. Rue Lahcen Al Arioune, Quartier des Hôpitaux. (en face Hôpital 20 Août). - Casablanca - Maroc

Tél. : (212 522) 86 04 31 / 86 03 66 / 86 08 56 / 86 34 27 - Fax : (212 522) 86 04 16 - Email : kitmed@menara.ma - Sit web : www.kitmed.ma
SARL au Capital de 4 500 000,00 DH - Patente : 36340920 - RC : 89693 - IF : 01086332 - CNSS : 2734475 - ICE : 001530628000088