

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- 0046539

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1350

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : GUÉSSAS DRIS

Date de naissance : 01.01.1944

Adresse : 21, Rue R. Ben Hay Rabs. Casablanca

Tél. :

Total des frais engagés

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



08 FEV. 2024

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Dr. Driss Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Driss Abdena Age :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

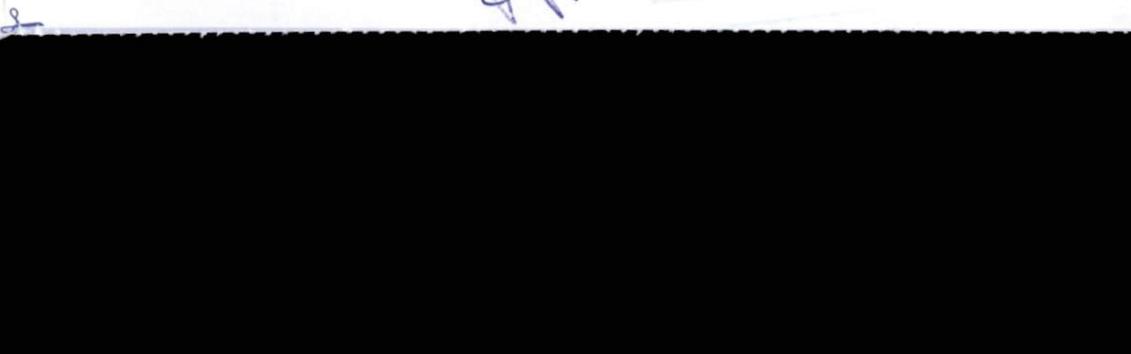
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : / /

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
19/11/23	G	.	400,000.00	MS

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

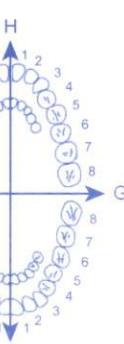
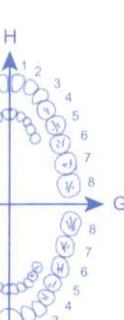
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	19/11/23	Pharmacie				206,21
	19/11/2023	Lavage Rectal.				1000 Dh

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 <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$ \begin{array}{r} 25533412 \quad 21433552 \\ 00000000 \quad 00000000 \\ \hline 00000000 \quad 00000000 \\ 35533411 \quad 11433553 \end{array} $			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

FACTURE

N° : 23032206 Du : 25/12/2023

Patient : DRISS GUESSOUS

Prise en charge : PAYANT(MUPRAS (RAM))

Admission : 19/11/2023

N° Dossier : 23026875

Sortie : 19/11/2023

Désignations des prestations	Nombre	Lettre clé	Prix unitaire	Prix total
LAVAGE RECTAL	1		1 000.00	1 000.00
PHARMACIE.	1		200.00	200.00
			Sous-Total	1 200.00
CONSULTATION	1		400.00	400.00
			Sous-Total	400.00
			Total clinique	1 600.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : Mille six cents dirhams			Total brut : 1 600.00	
			Remise : 0.00	
			Total net : 1 600.00	
Matricule :	Adhérent :		Part organisme :	0.00
Affiliation :	N° prise en charge :		Part patient :	1 600.00
CIN : B438230	Code clinique :			
ICE :				



DÉTAIL PHARMACIE

N° Dossier : 23026875 Patient : GUESSOUS DRISS N°Pièce d'identité : B438230

Code article	Désignation article	Prix unitaire	Quantité	Prix total
1101562	SERUM SALE 500ML 0,9% Poche (01)	21.00	1	21.00
1102216	RECTOLAX ADULTES	13.25	2	26.50
1500120	COMPRESSE STERIL 10X10	8.00	4	32.00
1700034	ALESES JETABLES	7.50	3	22.50
1700049	GANT JETABLE	1.13	10	11.30
2300451	SERINGUE 1ML	17.07	2	34.14
2300456	SERINGUE 60ML GAVAGE	21.18	1	21.18
2300481	SONDE ASPIRATION CH16 (001)	15.60	2	31.20
2300717	COUCHE ADULTE	6.39	1	6.39
				Total 206.21

Les produits pharmaceutiques et à usage unique cités ci-dessus sont à utilisation hospitalière et sans vignettes.

