

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Diologie 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.

Éducation :

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 canalaire, 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 canalaire.

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

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **5336**

Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **SAHRA AIT ABDERRAHIM**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **06.21.04.06.100** Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

MUPRAS
ACCUEIL 2021

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19- 040500

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : **5336**

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt : **06.03.2021**

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>ORTHO CASA Rue Angle Raphael Marca Hay Ansarane Hay Ansarane - Casablanca Tél : 0522 60 00 01 - Tél : 0522 60 25 15 Fax : 05 22 60 01 20 - RC : 209117</i>	06.03.2021	# 11 000, 00 #

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

00

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux



ORTHO CASA - sarl au capital de : 80.000,00 Dhs
· RC : 209117 · TP : 37954763 · CNSS : 8337257 · IF : 40132496
RIB : 007 780 0004295000000469 73
ICE : 001438006000028

OrthoCasa

Indépendante maximale

Devis N° : 37/2021

Date facture : 06/03/2021

Modèle d'appareil : Corset orthopédique.

Identité du patient :

-Nom / prénom : SAHBANE Saad

-Adresse : BERRECHID

-Tél.: 06 08 22 06 66

Code DM AMO	Désignations	Qté	Prix T.H.T
JC110322	Corset à valve modulaire en polyoléfine pour cyphose, comprend un contre appui scapulaire en sternal ayant un réglage antéro-postérieur.	01	10 200.00
JE30002	Moulage-torse (de la base du cou aux trochanters)	01	800.00
TOTAL H.T			11 000.00

Arrêté le présent devis à la somme (H.T) de : Onze mille dirhams.

Vente en exonération de TVA article 91-VI-2° du code général des Impôts.

ORTHO CASA
5, Rue Angle Raphael Mariscal Hay Arsalane
Hay Arsalane - Casablanca
Tél : 0522 60 00 01 - Tél : 0537 68 35 15
Fax : 0522 60 01 20 - RC : 209117

orthopedie.ra@gmail.com

www.orthocasablanca.ma

Siège Casablanca

5, Rue 6, angle Raphael Mariscal - Hay Arsalane - Casablanca

Tél. : 05.22.60.00.01 - Fax : 05.22.60.01.20

Succursale Rabat

34, Rue angle Oued Baht - Oued Melouia - Agdal - Rabat

Tél. / Fax : 05.37.68.35.15