

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.

M23-0025692

Optique *192128* Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : *190* Société : *RAM*

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : *CHOUAIBI Houssaine*

Date de naissance : *01/01/1933*

Adresse : *70, rue Regragna - Casablanca*

Tél. : Total des frais engagés : *2000,00* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*Médecins d'Urgence
Dr Abdallah Lak
Médecin urgentiste
+212 708-541873*

Date de consultation : *27/12/23*

Nom et prénom du malade : *CHOUAIBI Houssaine* Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *Déresse respiratoire*

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 : *22/10/2024*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie **M23-025692**

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 : *190*

Nom de l'adhérent(e) : *CHOUAIBI*

Total des frais engagés : *2000,00*

Date de dépôt :

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
27/10/23			600,00	Médecins d'Urgence Dr Abdallah lakaci Médecin urgentiste +212 708-541873

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
NEW ASSISTANCE SARL Nou regraga Résidence L'corniche APPT N°1 RDC IMM 2 CA Casablanca	27/10/13	Transport Médicalisé avec Gédeon et oxygène de boutage à clinique privée				1400,000

VOLET ADHERENT

0226

* 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODE

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



NEW ASSISTANCE ET AMBULANCE

CASABLANCA date : 27/12/23

Désignation	P.U. HT	Prix HT
Transport Médicalisé avec Médecin et oxygénogène		1230,00
Montant de la TVA 14%		172,2
Montant total de la facture		1402,00

NEW ASSISTANCE SARL
Rue regraga Résidence La corniche
APPT N1 RDC IMM 2 CA
Casablanca

Arrêtée la présente facture à la somme

de : Mille quatre cent deux dirhams

⇒ 1402 Dhs

NEW ASSISTANCE SARL
Rue regraga Résidence La corniche
APPT N1 RDC IMM 2 CA
Casablanca

NEW ASSISTANCE ET AMBULANCE

RUE REGRAGA RES LA CORNICHE APT 1 RDC CASABLANCA

TEL: (0600676718/06036292320) ICE : 002892554000010-RC:334755