

RÉCOMMANDATIONS 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.

Biologie 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.

Education :

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

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3105 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : HOUARI Mohamed

Date de naissance : 01/02/1957

Adresse : Cité D'jamra Jauile, 1 Rue 2 N° 3

Ceseflaas

Tél. : 0669 06 11 40 Total des frais engagés : 600,00 Dhs Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/01/2021

Nom et prénom du malade : ABABOU MOURAD Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : dyslipidémie diabète

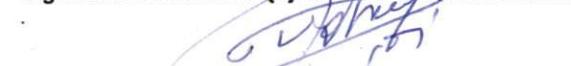
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 12/01/2021

Signature de l'adhérent(e) : Ababou Mourad



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
10/11/2011	Cathépharyngie	60000		

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	

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



INTERNATIONAL clinic

FACTURE URGENCE

N°: U0018/2021 du 10/01/2021



SEJOUR00050037

Nom et prénom du patient	Organisme	Période hospitalisation	
Mme. MTALSI Khadija	AUCUNE	10/01/2021	10/01/2021
Nom et prénom de l'adhérent : MTALSI Khadija			N° Affiliation :
N° Prise en charge (Ou N° police) :			

Désignation des prestations	Quantité	Prix unitaire	Montant(DH)
FRAIS CLINIQUE	1	300,00	300,00
TOTAL CLINIQUE			300,00
PHARMACIE	1	200,00	200,00
TOTAL PHARMACIE			200,00
ANESTHESISTE	1	100,00	100,00
TOTAL HONORAIRE			100,00
TOTAL GENERAL			600,00
LA SOMME EN LETTRE : SIX CENT DIRHAMS ET ZERO CENTIMES			



090062100

Edité le : 10/01/2021 à 14:58

Par : souaida

INTERNATIONAL CLINIC
102-103 Boulevard Anoual - Casablanca - Maroc - / Tél : +212 522641400 - Fax : +212 522860897
Tel: 0522 64 14 00 - Fax: +212 522860897 /
Email: info@internationalclinic.ma - contact@internationalclinic.ma - CNSS: 8992308 - ITP: 34754299 - IF: 40432045
Email: info@cliniqueinternationale.com - contact@internationalclinic.com / Patente: 37987845 - IF: 40432045
Ref: 00164272500006