

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 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

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.

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **M. GOURCHAT Mohamed**

Date de naissance : **10.08.1965**

Adresse :

Tél. : **06 74 00 79 01** Total des frais engagés : **167,70 + 150** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. LEMBACHAR Noureddine

42, Rue Bir Anzarane
Quartier Industriel
Tél. 05 22 33 74 30 - Berrechid

Date de consultation : **07/10/2022**

Nom et prénom du malade : **Ben Abdellah Mohamed** Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **Fistule MAMMARE**

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 : **07/10/2022** Le : **07/10/2022**

Signature de l'adhérent(e) :

Dr. LEMBACHAR Noureddine
42 Rue Bir Anzarane
Quartier Industriel
Berrechid

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
27/09/2022	Q3	X1	15000	Dr. LEMBACHAR Noureddine Rue Bir Anzara partie: Industrielle 33 74 50 - 00

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27.12.22	

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 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		
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B G		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

Certificats de compétences :

- Gyneco obstétrique (DIU)
- Échographie générale
- Dans le traitement de la douleur

شهادة الكفاءة :

- طب النساء و التوليد
- الفحص بالصدى

علاج الآلام

Fait à Berrechid le :

Guéril de tout mal

22.4 P. Plaster 100 mg
100 20 101 101 101 101
LOT: 625 EXP: 02.02.23
PPV: 72.40 DH

49.5 G. Flagyl 500 mg
100 20 101 101 101 101
FLAGYL 500 mg
CP PEL B20
P.P.V : 49DH00
LOT: 900222 EXP: 20.02.24
PPV: 118000 060062

44.5 C. Cetilium 100 mg
100 20 101 101 101 101
LOT: M22008
EXP: DEC 2024
PPV: 45,50 DH

167.10 B. Jeju 1 371
100 20 101 101 101 101
Dr. LEMBACHAR Nourddine
42, Rue Bir Anzalane
Quartier Industriel
0522 33 74 30 - Berrechid

42, Rue Bir Anzalane Quartier Industriel - Berrechid
Tél : 0522 33 74 30
0522 33 74 30, زنقة بئر انزاران الحى الصناعي، برشيد - الهاتف :