

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

A 38117

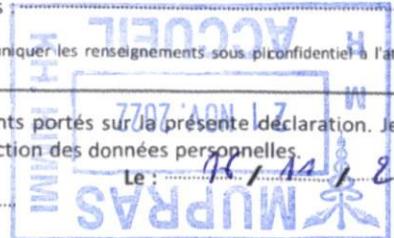
<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 12200	Société :		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Louzai Radid			
Date de naissance : 03.12.79			
Adresse :			
Tél. : 0661853647 Total des frais engagés : 468 Dhs			

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	<p>Cachet du médecin :</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> طبيب يتعهد بالبيانات في الصحة العامة طبيب على دينه واعترف في المراض ذات الصلة والخدمات بالصدق </div> <p>INPE: 051123456</p> <p>DAHYANE Assia Age: 26</p> <p>Date de consultation : 16/11/22</p> <p>Nom et prénom du malade : DAHYANE Assia</p> <p>Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant</p> <p>Nature de la maladie : un peu infect (phlegmones)</p> <p>En cas d'accident préciser les causes et circonstances</p> <p>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.</p>		

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 : Settat Le : 16/11/22

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 Notaire et du Docteur en Droit attestant le paiement des Actes
16/01/2022	دعا و وصي	٢	١٥٠	Faculté de médecine casablanca L'acte universitaire en deux exemplaires Université Bourgogne Franche Comté Diplôme d'Institut en Débroulage Académie Spécialiste en Santé Publique INPE - 00 112533

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien du du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/11/2022	318,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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	INP : <input type="text"/>
				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 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B 	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

دكتور الزيتوني

طبيب متخصص في الصحة العامة

حاصل على دبلوم جامعي في الأمراض

السكري والتغذية بجامعة بوردو بفرنسا.

حاصل على دبلوم جامعي في الفحص بالصدى

لله الطب الدار البيضاء.

مندوب سابق بوزارة الصحة

مدير سابق بالمستشفى الحسن الثاني بسطات.

BACTOSPRAY

LOT: 2210009
EXP: 10/2025
PPC: 148.00DH

125 ml

Dr. Zaitouni

Ex-Délégué du Ministère de la santé
Ex-Directeur de l'hôpital Hassan II de Settat

GÉNÉRAL

LOT 221438

EXP 05 24

PPV 170.00 DH

DURÉE MATIN MIDI SOIR AVANT APRÈS



Ordonnance

Nom du Malade

D.A.H M.A.

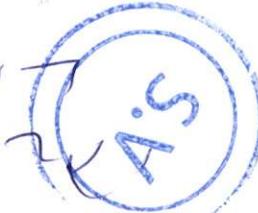
148,00

→ Bacto spray
= mucal

170,00

→ ophtalm 200

= 318,00



Dr DEELDOU EZZITOUNI
Médecin Spécialiste en santé publique
Diplôme universitaire en diabétologie
Diplôme universitaire en échographie
minérale
INPE: 061125159

16/11/22



05 20 24 33 46

Derb Omar Rue Ibn Sina Imm N° 60 App 1 - Settat

درب عمر زنقة ابن سينا المعمارة 60 الشقة رقم 1 - سطات