

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.

M22- 0020735

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5991

Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : OUZZINE ABDELLATIF 16740

Date de naissance : 01-01-62

Adresse : Rue 05 Villa N°2 Hay el Houda - Berrechid

Tél. 06 63 30 70 75 Total des frais engagés : 1507394,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23/12/66

Nom et prénom du malade : BOUAFID Amna Age :

Lui-même

Conjoint

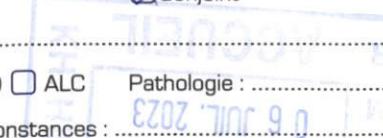
Enfant

Nature de la maladie :

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 : BRC

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p><i>Pharmacie Mosquée Dr. Johann TAMMER N° 1-2 Mosquée Rhéa Rhéa (A côté du Stade Sportif) Berne</i></p>	<i>27/05/93</i>	<i>391,80</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

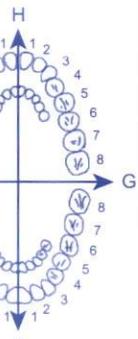
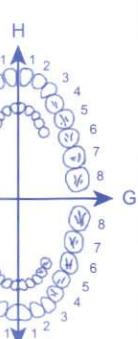
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 B 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. RIBLAOUI Najat

Ancienne Medecin des Hôpitaux de France

Echographie

Colposcopie

Stérilité

Infertilité

20, Bd. Mohamed V - Berrechid

Tél. : 05 22 33 70 61

الدكتورة ريبلاوي نجاة

طبيبة سابقا بمستشفيات فرنسا

الفحص بالصدى

صيدلانية مسجد الرياض

Pharmacie Mosquée Riad

Dr. Siham TAMIR

N° 1-2 Mosquée Riad

Hay Riad (Ancien Archevêché)

Tel / Fax : 05 22 33 70 61

العنق

20، شارع محمد الخامس - برشيد

الهاتف: 05 22 33 70 61

ORDONNANCE

27/05/2023

LOT : 5980
PER : 12/25
PPV : 144DH50

LOT : 1678
PER : 01 - 25
P.P.V : 58 DH 30

Lot:
A consommer de
préférence avant le:
PPC : 84,00 DH

LOT : 2685
PER : 08-25
P.P.V : 108 DH 00

Dr. RIBLAOUI NAJAT
Medecine - Echographie
Colposcopie - Stérilité
20, Bd. Mohamed V - Berrechid
Tél. 0522 33 70 61

Dr. Siham TAMIR
N° 1-2 Mosquée Riad
Hay Riad (Ancien Archevêché)
Tel / Fax : 05 22 33 70 61

144,50

1) Onglet 20

58,30 1cp le matin . + fm

2) Méjorfm 160

84,00 1cp x 2f.

3) Tebamag 200

1 cp g. le sm.

108,00

4) Vas 5 ml

1cp le sm.

1: 394,80