

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.

M23-001636

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 09548

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Fallaâ Buhri

Date de naissance :

01-01-1940

Adresse :

18 Rue chabâb kanouane 1^{er} étage n° 2
Hay Ennaâ Casab

Tél. :

0668245609 Total des frais engagés : 919,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Fallaâ Buhri

Nom et prénom du malade :

Age : 74 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

M.L.D

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 : El Jadida

Le : 20/09/2013

Signature de l'adhérent(e) :

Fallaâ Buhri

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 	20/09/23	919,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES RADICOGRAFIQUES			
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
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le rapport 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		

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
25533411	11433553

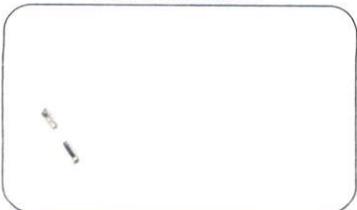
(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

Cachet du médecin



A El Jau Le 20/09/23

Fallis Brahim

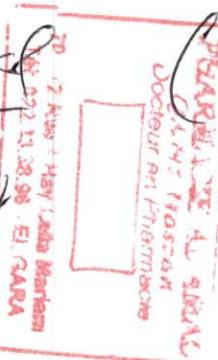
91,50 x 4 Alphagan 4f (n°4) S.V.

1 fl 3 h

110,70 x 5 Xolarel 4f (n°5) S.V.

1 fl 2 h

919,50 Aman



PPV: 91 DH 50



✓
X4 Ged

زولامول®
Xolamol®

Lot: 210080
Fab: 12 22
Exp: 12 24

P.P.V: 110 DH 70

زولامول®
Xolamol®

Lot: 210080
Fab: 12 22
Exp: 12 24

P.P.V: 110 DH 70

زولامول®
Xolamol®

Lot: 210094
Fab: 12 22
Exp: 12 24
P.P.V: 110 DH 70

زولامول®
Xolamol®

Lot: AA0330
Fab: 01 23
Exp: 01 25

P.P.V: 110 DH 70

زولامول®
Xolamol®

Lot: AA0128
Fab: 01 23
Exp: 01 25

P.P.V: 110 DH 70