

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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 2135 <input type="checkbox"/> Actif <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) Nom & Prénom : Mohammed RGUEGU Date de naissance : 15.12.1950 Adresse : HAY EL ANDALOUS Rue M^e EL BOUHLALI N^o 82 OUD Tél. : 0536501309		Société : الدكتور محمد الصادق DR MOHAMMED SADKI Chirurgien Rue Sidi Yahya 3 village ALJADIDE Tél: 06 46 3 37 35 N° INP : 081095192	
Total des frais engagés : 63820 Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 12 DEC 2023 Nom et prénom du malade : Hamza Age: 20 <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint Lien de parenté : HTA Nature de la maladie : ACCUEIL En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ACCUEIL			
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 : BUJDIA Le : 12/12/2023 Signature de l'adhérent(e) : R. GUEGU			

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

An oval-shaped stamp from the Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INP). The stamp contains the INP logo at the top, followed by the name 'MOHAMED BEN SAÏD' in a large serif font, and 'INP' at the bottom. A handwritten signature 'Dr. MOHAMED BEN SAÏD' is overlaid on the stamp. Below the stamp, the date '08/09/2012' is handwritten.

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/12/2023	1.8820

08200515

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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	21433552 00000000	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	D	00000000 35533411	00000000 11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	G			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
	B			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				

Dr. Mohamed SADKI

MEDECINE GENERALE

Diplôme en Echographie Générale
de la Faculté de Médecine de Rabat
Diplôme de Suivi du Diabétique-Fès

الدكتور محمد الصادقي

الطب العام

جاز في الفحص بالصدى
من كلية الطب بالرباط
متابعة مرضى السكري

Oujda, le 12 DEC 2023 وجدة، في

Mohammed Yassine

67ay

~~82x2 x 6 =
330 = Prezzi~~  
116 le met

~~777 x 2 =
N° 777 D ronich  Go weg~~

~~T = 1777 +~~

~~T de 04 mois~~

دكتور محمد الصادقي
Dr MOHAMMED SADKI
Route Sidi Yahia 9 villa ALJADIDE
Tel: 06 48 66 57 25 - 06 48 66 57 25
INP : 081095192

طريق سيدى يحيى تجربة بكار رقم 1 وجدة



6 118000 041627



6 118000 041627



6 118000 041627



6 118000 041627

PPV: 82DH70
PER: 04/24
LOT: M1359

PPV: 82DH70
PER: 04/25
LOT: M1360

PPV: 82DH70
PER: 09/26
LOT: M2933

PPV: 82DH70
PER: 06/26
LOT: M1984



6 118001 130153



6 118001 130153

78/20

78/20