

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.

N° W19-432362

1L 669

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 10594

Société : RAT

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : EL HAYLANI ABDERRAHIM

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 61 26 92 83

Total des frais engagés :

250 + 55, 66

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/12/19

Nom et prénom du malade : LAD NANI LATIFA

DR. HAYLANI

30 DEC. 2020

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Alg. 11

polyvalente

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 : Casablanca

Le : 30/12/2019

Signature de l'adhérent(e) :

MS

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
23.12.19	CS		850,-	INP : 123456789 M. LE MEDECIN Dr Yannick COLIN Bd de l'Europe 05200 LIMOGES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie de la Gare - 2020</i>	25/12/19	53.60

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	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		D 00000000	G 35533411 11433553	B	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Docteur Leïla YAMINE

Spécialiste

- Gynécologie - Obstétrique
- Stérilité du couple
- Echographie et Sénolopie
- Colposcopie et Coeliochirurgie
- Mécanique et Techniques Obstétricales

Ancienne Assistante Spécialiste des Hôpitaux de France

الدكتورة ليلا يمين

اختصاصية

- الولادة
 - أمراض النساء
 - العقم
 - أمراض الثدي
- خريجة جامعة تور بفرنسا

Casablanca, le

23/12/19

الدار البيضاء، في

Le Ladhoui lotte El Hayat

55.10

∅ Cure fuitte

الدار

1mois

8 Ml

Lot n° :

55,10

EXP :

PPV :



Y61 00 22 83 28 28
D. 00 22 83 28 28
S. 00 22 83 28 28
U. 00 22 83 28 28
T. 00 22 83 28 28
I. 00 22 83 28 28
A. 00 22 83 28 28
L. 00 22 83 28 28
C. 00 22 83 28 28
E. 00 22 83 28 28
R. 00 22 83 28 28
M. 00 22 83 28 28
A. 00 22 83 28 28
N. 00 22 83 28 28
S. 00 22 83 28 28
B. 00 22 83 28 28
D. 00 22 83 28 28
F. 00 22 83 28 28
G. 00 22 83 28 28
H. 00 22 83 28 28
I. 00 22 83 28 28
J. 00 22 83 28 28
K. 00 22 83 28 28
L. 00 22 83 28 28
M. 00 22 83 28 28
N. 00 22 83 28 28
O. 00 22 83 28 28
P. 00 22 83 28 28
Q. 00 22 83 28 28
R. 00 22 83 28 28
S. 00 22 83 28 28
T. 00 22 83 28 28
U. 00 22 83 28 28
V. 00 22 83 28 28
W. 00 22 83 28 28
X. 00 22 83 28 28
Y. 00 22 83 28 28
Z. 00 22 83 28 28

YAMINE Leïla
GYNECOLOGIE
Fès-Ba2Mars