

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

- Reclamation : 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.

Maladie Dentaire Optique Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 908841

Société :

Actif Pensionné(e) Autre

Nom & Prénom : SELNIR KHALID

Date de naissance : 23/11/1966

Adresse :

Tél. : 0678804749

Total des frais engagés : 10000

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Dr. S. Said MERJAH
Médecine Générale
Tél : 0522 33 71 56
67 RUE OMAR IBN AL KHATTAB CASABLANCA

Date de consultation : 31 AOUT 2020

Nom et prénom du malade : RETAI Nour

Age : 54

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : 10 hts + plusieurs

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 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 : Le : 11 SEP 2020

Signature de l'adhérent(e) : ACCU-IL



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
1 AOUT 2020			150.-	INP : [REDACTED] INPE:61112421

EXECUTION DES ORDONNANCES

Reçu du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
CHEMISTRE NOUVELLE Mr DIK Mohamed Angela Rue Youssef Ibra Tachfine et Ben Abdellah - Bécharia Tél : 0522 32 41 11	<i>21-8-20</i> <i>02</i>	<i>195,60.</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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'OD.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	—————
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

The diagram illustrates a dental arch with 16 numbered teeth arranged in two rows. The upper row contains teeth 1 through 8, and the lower row contains teeth 8 through 1. The teeth are represented by small circles with numbers inside, and they are connected by a continuous curved line representing the archwire.

VIDA ET GACHET DU PRATICIEL ATTRACTANT LE REVIRV

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Saïd MERJANE
Médecine Générale

61, Rue Omar Ibnou Al Khattab
Berrechid - Tél.: 05 22 33 71 56

الدكتور سعيد مرجان

الطب العام

رقم 61 زنقة عمر ابن الخطاب
برشيد - الهاتف : 05 22 33 71 56

M LE 9088

Berrechid le

31 AOUT 2020

ORDONNANCE

Ré 2 KI 114

21,80

3 P

21,60

Polydexta



28x3g.

PPV: 116DH00
PER: 03-23
LOT: J838

21,60 Zanap 18

1 ST 2

42,00 Predni 20

LOT N°:

UT. AV.:

PPV (DH):

42,00

42,00

15,80 Dext

105,60 Polydexta. 1

28x3g.

15,80

PPV 15 DH 80
PER 05 / 23
LOT J 1435
S 1