

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

38651

Maladie

Dentaire

Optique

Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9088

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BELHAIR KHALID

23/11/1966

Date de naissance :

Adresse : 02 BD TBN TAOU MADT LOT EL FATH

Hay Diad Berréchid

Tél. : 0678804749

Total des frais engagés :

Docteur Said ME

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

03 AVR 2020

Nom et prénom du malade :

REZKI NAWAR Age:

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Cervical MUPRAS

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

03 SEP 2020

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 décl
 avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



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
03 AVR 2020	9	150 JMK		INP MERJAN Médecine Générale Tel. 0522 39 71 00 Omar Ibrahimi

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE NOUVELLE Mr DIK Mohamed Angle Rue Youssef Ibn Tachfine et Ben Abdellah - Bemchikd Tél : 0522 32 41 40	3-4-20	208,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

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'OR

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

MLE 9088 Berrechid le : 03 AVR 2020

ORDONNANCE

REZKI NAWAL

LOT: 10019
PER: 04/2022
PPV: 82,00

DH

82,00

21

VOX CIB (S)

ARMERIA
ANNEE 2022
DU 05/04/2022
A 05/04/2022
DU 05/04/2022
DU 05/04/2022
DU 05/04/2022

37,00

2

DUOX (S)

DUOXOL 500mg/2mg

boîte de 20 comprimés

37,00

37,00 DH

1 cell X 2

LOT : 141909
EXP : 09/2022
PPC : 89 DH

89,00 ALGO Flex (S)

108,00 1 application X 3

