

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.
 - 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.

Pharmacy:

- 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

- Reclamation contact@mupras.com
 - Prise en charge pec@mupras.com
 - Adhesion et changement de statut adhesion@mupras.com

La MUPRA 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.



Déclaration de Maladie

Nº W19-561576

30 479

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 05543	Société : RAY		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ZOKHRA YOUSSEF			
Date de naissance : 25/04/1963			
Adresse : 6 Rue Beyrouth lot IVA auq Bessechit			
Tél. : 06 77 85 57 461	Total des frais engagés : 49,- Dhs		

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
Date de consultation :	/ /	
Nom et prénom du malade :		Age:
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie :		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :		
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous p/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 : Berrechid

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 02/03/20

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
				INP : 1111111111

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Youssef EL IRAKI Pharmacie EL IRAKI 207, Rue Dakha - BERREKAID TÉL: 0522 32 88 45	18/08/20	49,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Designation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

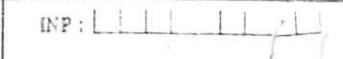
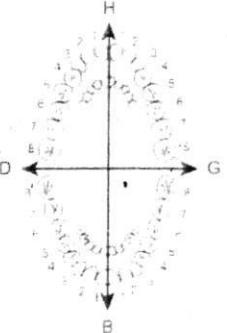
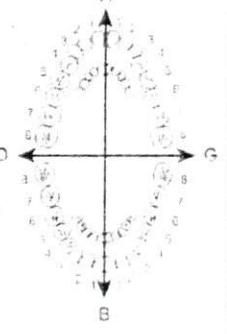
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien en charge d'un acte doit établir le relevé dûment rempli dans les termes

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 																
																				
																				
Q.D.F PROTHESSES DENTAIRES				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 00000000</td> <td>00000000 00000000</td> </tr> </table>				H	G	00000000 00000000	00000000 00000000	00000000 00000000	00000000 00000000	00000000 00000000	00000000 00000000	00000000 00000000	00000000 00000000	00000000 00000000	00000000 00000000	00000000 00000000	00000000 00000000	00000000 00000000	00000000 00000000	COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	G																			
00000000 00000000	00000000 00000000																			
00000000 00000000	00000000 00000000																			
00000000 00000000	00000000 00000000																			
00000000 00000000	00000000 00000000																			
00000000 00000000	00000000 00000000																			
00000000 00000000	00000000 00000000																			
00000000 00000000	00000000 00000000																			
<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 00000000</td> <td>00000000 00000000</td> </tr> </table>				H	G	00000000 00000000	00000000 00000000	00000000 00000000	00000000 00000000	00000000 00000000	00000000 00000000	00000000 00000000	00000000 00000000	00000000 00000000	00000000 00000000	00000000 00000000	00000000 00000000	00000000 00000000	00000000 00000000	MONTANTS DES SOINS
H	G																			
00000000 00000000	00000000 00000000																			
00000000 00000000	00000000 00000000																			
00000000 00000000	00000000 00000000																			
00000000 00000000	00000000 00000000																			
00000000 00000000	00000000 00000000																			
00000000 00000000	00000000 00000000																			
00000000 00000000	00000000 00000000																			
<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 00000000</td> <td>00000000 00000000</td> </tr> </table>				H	G	00000000 00000000	00000000 00000000	00000000 00000000	00000000 00000000	00000000 00000000	00000000 00000000	00000000 00000000	00000000 00000000	00000000 00000000	00000000 00000000	00000000 00000000	00000000 00000000	00000000 00000000	00000000 00000000	DATE DU DEVIS
H	G																			
00000000 00000000	00000000 00000000																			
00000000 00000000	00000000 00000000																			
00000000 00000000	00000000 00000000																			
00000000 00000000	00000000 00000000																			
00000000 00000000	00000000 00000000																			
00000000 00000000	00000000 00000000																			
00000000 00000000	00000000 00000000																			
<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 00000000</td> <td>00000000 00000000</td> </tr> </table>				H	G	00000000 00000000	00000000 00000000	00000000 00000000	00000000 00000000	00000000 00000000	00000000 00000000	00000000 00000000	00000000 00000000	00000000 00000000	00000000 00000000	00000000 00000000	00000000 00000000	00000000 00000000	00000000 00000000	DATE DE L'EXECUTION
H	G																			
00000000 00000000	00000000 00000000																			
00000000 00000000	00000000 00000000																			
00000000 00000000	00000000 00000000																			
00000000 00000000	00000000 00000000																			
00000000 00000000	00000000 00000000																			
00000000 00000000	00000000 00000000																			
00000000 00000000	00000000 00000000																			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																				

Patente N° 40718035
PE 5074
INPE: 062024443

صيدلية العراق
Pharmacie EL IRAKI
Dr. Yousef EL TRAKI
267, Rue DAKKIA - BEIRUTH
Tél. 01 32 83 45

Absetechid le 18/08/20

FACTURE N° 20704

Quantité	Désignation	Prix Unitaire	Montant
01	Fivernes Sticks	01	49,00

Arréter la fise le facture à la somme de Quarante neuf Dirhams

صيدلية العراق
Pharmacie EL IRAKI
Dr. Yousef EL TRAKI
267, Rue DAKKIA - BEIRUTH
Tél. 01 32 83 45

LOT 042797/FC1
11/2021 PPC 49,00

SANS SUCRE

10 Sticks
Arôme orange

