

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

- 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 caractére personnel.

N° P19- 0040494
NP 14585.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4416 Société :
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : BOUDRIGA ABDELKrim
 Date de naissance :
 Adresse :
 Tél. : 06688511144 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

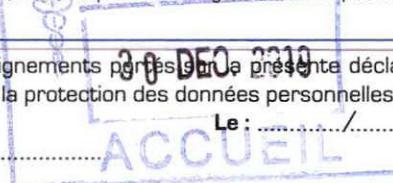
Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade : SARDI Tauria Age :
 Lui-même Conjoint Enfant

Lien de parenté :
 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 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 : / /

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : / /

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/12/19	312,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

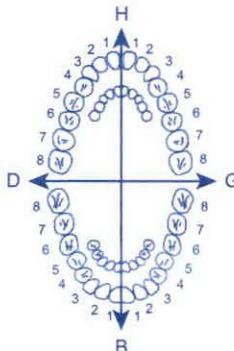
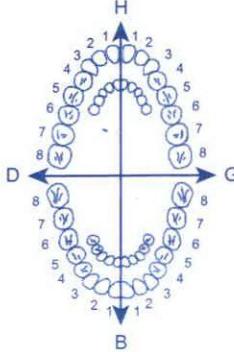
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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'ostéodensitométrie.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient										
				Coefficient DES TRAVAUX									
				MONTANTS DES SOINS									
				DEBUT D'EXECUTION									
				FIN D'EXECUTION									
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000 11433553</td> </tr> </table>			H		D	G	B		25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	Coefficient DES TRAVAUX
	H												
D	G												
B													
25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553												
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS									
				DATE DU DEVIS									
				DATE DE L'EXECUTION									

Marrakech, le 24/12/2019

مراكش، في

Sandi Tamia



₾ 9,80

1) Maledilate Sip

₾ 52,90 1 cas

₾ 31j avant types ₾ 31,04

2) Mézor long

₾ 9,50

₾ 48j endométrium pathologique

3) Carbokane gel

₾ 12 x

₾ 1h apres type

dejeuner

diner.

₾ 12,20

الدكتور

الفوج

Lot : 190591
À consommer de
préférence avant le : 09/2022
PPC : 79,50 DH

Carb

Boîte de

MALDORANE

PPC : 79,80 DH

RR : 01 - 2021

PPV : 152.90 DH

Marrakech, le

Sandi Tonia

Echographical label:

— faire physi- d'abstention électorale

regulars

- VB aliihiasips d' passif.
- VBP de calibre ne

his, fate, his

A handwritten signature in blue ink, reading 'Dr. RCUHAN Kundu'. Below the signature is the date '22/01/2012'. The signature is written over a red stamp that contains the text 'دیپاک' (Deepak) and 'کندو' (Kundu). The entire block is rotated diagonally.

40. تجربة الكتبة: نقدة دار الحديث - أم شيش (قرب البدع) مراكش - الهاتف: 05 24 31 25 31

N° 40, Koutoubia, Rue dar El Hadit - Amerchich, Marrakech. Tél: 05 24 31 25 31