

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

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

NP

14878

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2611 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BEKKALI

AHMED

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0666403617 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 02 JAN 2020

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

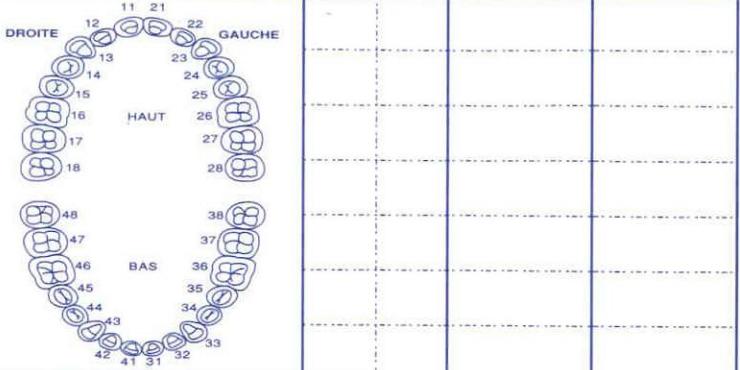


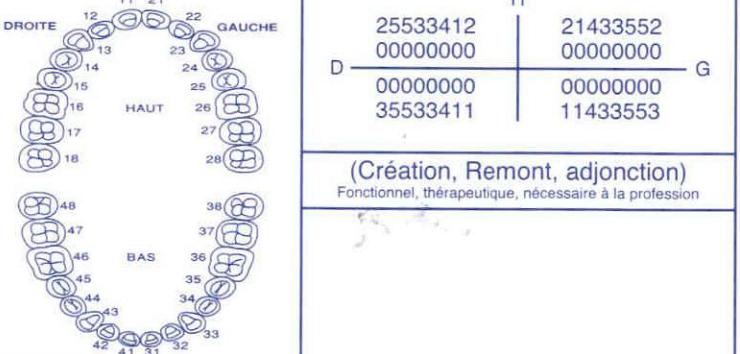
SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

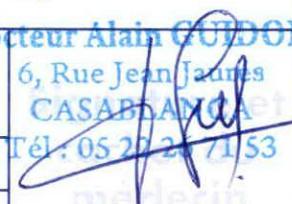
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	
					Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Début d'exécution <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>

O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire																		
		<table border="1"> <tr> <td>D</td> <td>12 21 22 23 24 25 26 27 28</td> <td>H</td> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>13 14 15 16 17 18</td> <td></td> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="5"> (Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession </td> </tr> </table>			D	12 21 22 23 24 25 26 27 28	H	25533412 00000000	21433552 00000000		13 14 15 16 17 18		00000000 35533411	00000000 11433553	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession					Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>
D	12 21 22 23 24 25 26 27 28	H	25533412 00000000	21433552 00000000																
	13 14 15 16 17 18		00000000 35533411	00000000 11433553																
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession																				

Visa et cachet du praticien attestant le devis	Visa et cachet du praticien attestant l'exécution
---	--

VOLET ADHERENT		NOM : <input type="text"/>
DECLARATION N° P 17/0058647		
Date de Dépot	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
le 12-01-2018	#506,30#	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 26.11	 Signature de l'adhérent
Nom & Prénom BEKKALI AHMED		Fonction <input type="text"/> Phones <input type="text"/>	
Mail <input type="text"/>			
MEDECIN		Prénom du patient <input type="text"/>	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age <input type="text"/>		Date 26-12-19	
Nature de la maladie <input type="text"/>		Date 1ère visite <input type="text"/>	
Rhino pharyngite Docteur Alain GUDON 6, Rue Jean Jaures CASABLANCA Tél : 05 20 20 71 53 			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances <input type="text"/>			
Nature des actes <input type="text"/>		Nbre de Coefficient <input type="text"/>	Montant détaillé des honoraires <input type="text"/>
C			250
PHARMACIE		Date 26.12.19	
Montant de la facture		151.60	104,70
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date <input type="text"/>			
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraies <input type="text"/>	
AUXILIAIRES MEDICAUX Date <input type="text"/>			
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
CACHET			

Docteur Alain GUIDON

Ancien Externe des Hôpitaux

MEDECINE GENERALE

6, Rue Jean Jaurès
CASABLANCA

Tél. { Cabinet : 05 22 26 71 53
Domicile : 05 22 36 09 65

الدكتور ألان كيدون

جراح كلية الطب
الطب العام

محلية الروهانى
PHARMACIE REIJDA
Mme LEBBAR Khadija L. M.
26, Bd Brahim Houdani Vers Maârif
6, زنقة جان جوريس - الدار البيضاء
Tél. 05 22 27 23 86 / 05 22 27 22 22

05 22 26 71 53 : المكتب
05 22 36 09 65 : الهاتف { المنزل

Bekeli Némo

632² Casablanca, le 26.12.2019

الدار البيضاء في

1. Zyntec

1/40 1 compresse per feu.

2. Selfreed 2

30,00 2 comprimés per feu

3. Humex Collutorium

3 ml trois fois per feu

4. Top ecze

75,16

Docteur Alain GUIDON
6, Rue Jean Jaurès
CASABLANCA
Tél. 05 22 26 71 53

aux deux fois S.V.

89,60

5. Devacel

10 ml trois fois

Docteur Alain GUIDON
6, Rue Jean Jaurès
CASABLANCA
Tél. 05 22 26 71 53

104,70

63,20

58,40

Solupred® 20mg

01-2022

Distributeur au Maroc:
Laboratoires STERIPHARMA
Z.I. Lina N 347 Sidi Maarouf
CASABLANCA-MAROC

PPV : 30,00 DHS

PER : 09/09/2021
LOT : 19E016
TOPLEXIL SIROP FL 150 ML 
P.P.V : 15DH70
6 118000 060901

PPC: 09.00.00
CB000065
EXP: 12/2021