

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 à caractère personnel.

N° W19-498422

ND 15119

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2479 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ROCHDI M'hamed

Date de naissance :

14-6-1955

Adresse :

Residence Nabil 7, rue de rome

CASA

Tél. : 0621 939 896 Total des frais engagés : 180,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

07/12/2019

Nom et prénom du malade :

ROCHDI M'hamed

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

sd grppal cibgic salad

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 :

Le : 07/12/2019

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
07/11/2019	C	100000		INP : 29100884

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMAC	7/12/15	80.23

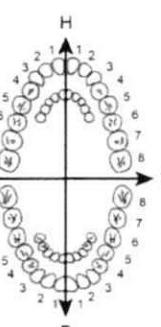
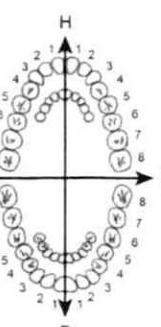
ANALYSES - RADIographies			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>
	H	25533412	21433552	
	D	00000000	00000000	
	G	00000000	00000000	
	B	35533411	11433553	
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>
D				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>
G				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Abdelaziz ELBOUQDAOUI

Médecine générale Diplôme en Echographie

Expert assermenté auprès des tribunaux

22.Qu.de l'hôpital lots .OMRANA

QUEZZANE



الدكتور عبد العزيز البرقداوي
الطب العلم والشخص بجهاز الابكوجرافية
خبير محقق لدى المحاكم
22 حي المستشفى تجزنة عمرانة
وزان

Tel. Fax

05.37.90.72.26

هاتف فاكس

ORDONNANCE

Quezzane le : 07/12/2019

Nom et Prénom : M. ROCHAT M'HAMED

1 - Spasfor 140 c
1950

2 - Migralgine 14 x 3 f

3 - Polysyndee 14 x 3 f

4 - Rhumix 14 x 3 f

5 - Rhinathiol 14 x 5 x 2 f

3920

8020

SPASFON-LYOC
LYOPH. ORAL (10)
Zenith Pharma
P.P.V. : 19,50 DHS

PPV:21DH50
PER:07/21
LOT:II1851

LOT : 8MA052
RHINATHIOL 5% AD
DROP FL 200 ML
P.P.V : 39DH21

6 118000 061403

Dr. Abdelaziz ELBOUQDAOUI
Medecine Generale Diplôme en Echographie
12 Qu. de l'Hôpital lots OMRANA
Tel: 05.37.90.72.26