

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

- Reclamation : 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 4503	Société : RAN		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	EL KABIRI MOHAMMED
Nom & Prénom : EL KABIRI MOHAMMED			
Date de naissance : 03.11.60			
Adresse : LES EL BOUSTANE SEC 16 HAY Riad Rabat			
Tél. : 0661173434	Total des frais engagés : 409,00 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
DÉCLARATION DE MUPRAS PEDIATRE Dr. A. EL KABIRI Date : 25/12/19 Signature : EL KABIRI line			
Date de consultation : 25/12/19			
Nom et prénom du malade : EL KABIRI line Age :			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : EL KABIRI line			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : EL KABIRI line			
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 : EL KABIRI line			
Signature de l'adhérent(e) : EL KABIRI line			
Date : 15 JAN. 2020			

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
25/12/15	CS	1	119,50	INP :  Code INP : 101191559 Signature: 

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Docteur TAJA - Université de Grenoble Alpes - Bouznika Béchir - 06 61 77 43 21 / GSM 06 61 13 13 13</i>	25/12/15	119,50

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

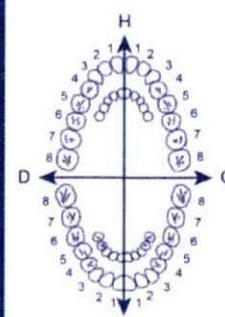
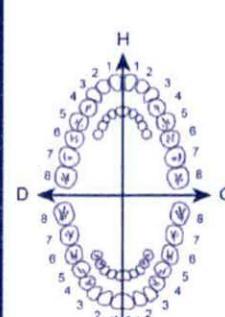
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 
				
				Coefficient DES TRAVAUX 
				MONTANTS DES SOINS 
				DEBUT D'EXECUTION 
				FIN D'EXECUTION 
				Coefficient DES TRAVAUX 
				MONTANTS DES SOINS 
				DATE DU DEVIS 
				DATE DE L'EXECUTION 
ODF PROTHESES DENTAIRES				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
				H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B
				[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Salé, le : 25.12.13 سلا في

El Kabin Lina .

30,00			10 kg.
① -	<u>Bébétine gtt sucre</u>	100 gtt 1/2 1/5 J	
93,40	Oriflame 100	(10) 2 x 1/2 J 18 J	
17,10	Cetamyl	(10) 3 x 1/2 J	si $\theta > 38^{\circ}$
15,00	Nurofen	(10) 3 x 1	on d'aleur. s'effacer vite les oreilles

T = 159,50

Docteur TALAL EL Kouhen
Pharmacien
Université de Grenade Espagne
Bouznika Beach
Télé: 05 37 14 32 19 / GSM: 06 61 11 13 15

Dr. Fatima LAHMOUZ LALAMI
Spécialiste en Pédiatrie
Centre de soins et de suivi des enfants de 0 à 6 ans
Zéralf, 24 Avenue Benaboud, Bab Lamrissa, Mellah Jdid - Salé
Télé: 05 37 14 32 19 / GSM: 06 61 11 13 15

Signature

19,00

LOT : 1283
UT. AV: 01/21
PPV : 30 DH 00

CETAMYL®
PARACETAMOL
Sirop pédiatrique 3%
Flacon de 90 ml
PPV : 17/10 DH
6 118000 191511

93,40

