

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.

adiologie 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.

ptique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

entaire :

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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com



Déclaration de Maladie

N° P19- 0040969

NB = 17092

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 2630

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HILAL

MUHAMMED

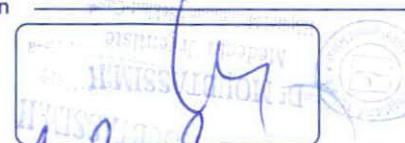
Date de naissance : 01/07/58

Adresse : ZKAOURA Rue 05 n° 13 Aïn Chock Casab

Tél. : 06 37 87 2818 Total des frais engagés : 267,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/01/2020

Nom et prénom du malade : HILAL MOHAMMED Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : S. bruxisme 07 JAN. 2020

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 : / /

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
03	C		10000	
01				
28				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE BAKALI BAKALI Mourabat HIVE 27-1009, Bd. 2 de la Révolution	03/04/2020	227,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE DES FRAIS ET

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué

Important:

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de t

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates the H-B-D-H system. It features a central boron atom (B) at the bottom, bonded to three hydrogen atoms (H) in a trigonal planar arrangement. Above the B atom is a deuterium atom (D). The B-D-H angle is 109°28'. The B-H-H angle is 120°. The B-H-D angle is 109°28'. The D-H-H angle is 120°. The H-H-D angle is 109°28'. The H-D-H angle is 120°. The H-H-B angle is 109°28'. The H-D-B angle is 109°28'. The H-H-D angle is 109°28'.

[Création, remont, adjonction]

DATE DU
DEVIS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ROYAUME DU MAROC
MINISTÈRE DE LA SANTE

HOPITAL *Setif* VILLE

Reçu de M *Killou*

La somme de

355

Quittance N° 00593766 / J

NATURE DE LA RECETTE	Ex	Somme
<i>C</i>	<i>60</i>	
TOTAL		<i>400</i>

Cachet du
Service

Le *03/01/2020*

Signature du
Régisseur

ORDONNANCE



Le 03/11/2020

Andalem Rehme

1) Matrix,
19,70 à vie

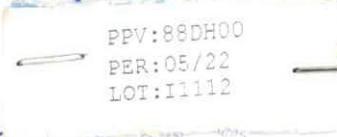


ans le mois suivant
son ouverture.

2) Enveloppe
59,50



3) Unitec 3D
88,00



T, 227,20



REMARQUE: Les ordonnances sont établies par le docteur en fonction de l'état de santé de l'individu. Elles doivent être respectées et suivies attentivement. Si vous avez des questions ou des difficultés, veuillez contacter votre médecin ou votre pharmacien.