

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

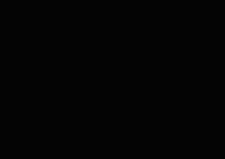
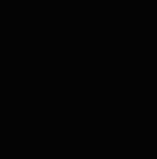
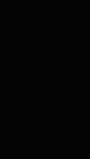
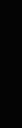
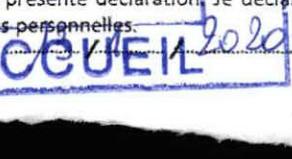
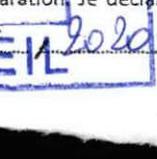
- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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° W19-428866

NP- 17742

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 343			
Société :			
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ARIE MOHAMED			
Date de naissance : 01/01/1940			
Adresse : 15F, Rue HIMOSAS - HAY ERRAMA - Casablanca			
Tél. : 06 63 25 4631 Total des frais engagés : _____ Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
          	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	13/1/2020
Nom et prénom du malade :	Hasnaf Bouafia
Age :	52
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
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.	
        <img alt="Handwritten signature of HASNAT BOUAFIA" data-bbox="7370 680 950 780	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
30/06/2018	Consultation		100000000	INPI 09/07/2018 Chaymae Signature en date 15/07/2018

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>13/01/20 946,10</i>	13/01/20	946,10

~~ANALYSES - RADIOPHOTOS~~

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVÉ 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'OOOF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>												
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
<p>H</p> <table border="1"> <tr><td>25533412</td><td>21433532</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td>D</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433533</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td>B</td><td></td></tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeudique, nécessaire à la profession</p>					25533412	21433532	00000000	00000000	<hr/>		D	00000000	35533411	11433533	<hr/>		B	
25533412	21433532																	
00000000	00000000																	
<hr/>																		
D	00000000																	
35533411	11433533																	
<hr/>																		
B																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CABINET DE CARDIOLOGIE ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES :

ECG, HOLTERS : TENSIONNEL ET RYTHMIQUE,

D-DOPPLER CARDIAQUE ET VASCULAIRE, ADULTES ET ENFANTS

63,50 DH
Lot: V052j
Per: 08-2021

P 157,10

1576

P 157.70

83,00

93.00

54,112 α^3

1) CARDENSIEL 2,5 MG, Comprimé pelliculés sécables : 1 - 0 - 0 x 3mois

83.00 x 3

2) VASURIX LM 35, COMPRIMÉ : 1 - 0 - 1 x 3mois

15000 x 3

نیو ڈیل ایئر پارک (3) NOLIP

PHARMACIE DE L'AÉROPORT D'ANNECY
Mme LAMBERT BRIGITTE

Mr. & Mme LAMBERT BRIGITTE
72, rue Sidi Abderrahmane

TEL. 33.00.06 because 4) DORON

63,50

2946, 10
R.W.

131041800

like

CHARMACE AEROPORT BANFA
MNG LANNAIAI BRIGITTE
722 BIS BD. SIDI Abderrahmane
TALE 39:00:08 BAGHESIAGH - CABA

Chaymas
Lise en
langue
maternelle

7

1

INP : 091204834

حي الولفة-شارع أم الربيع-قرب "مختبر كريم لاب" رقم 37 الطابق الأول الدار البيضاء

Lot. EL Oulfa, Bd Oued Oum Rabii en face du Laboratoire " KARIMLAB " G/P N° 37, 1^{er} étage Casablanca

Tél. : 0522 90 64 47 - Fax : 05 22 90 65 78 - Email : centrecardiohouari@gmail.com